

Kurunsaari, Emmi

**YLIPAINON JA LAPSETTOMUUDEN YHTEYS – MITEN TERVEYDENHUOLLON
AMMATTILAINEN VOI OHJATA FERTIILI-IKÄISTÄ NAISTA KOHTI RAS-
KAUTTA?**

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

YLIPAINON JA LAPSETTOMUUDEN YHTEYS – MITEN TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAINEN VOI OHJATA FERTIILI-IKÄISTÄ NAISTA KOHTI RAS- KAUTTA?

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kurunsaari, Emmi
Opinnäytetyö
Kevät 2017
Hoitotyön tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön tutkinto-ohjelma, kättilötyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä: Kurunsaari, Emmi

Opinnäytetyön nimi: Ylipainon ja lapsettomuuden yhteys – miten terveydenhuollon ammattilainen voi ohjata fertiili-ikäistä naista kohti raskautta?

Työn ohjaajat: Rainto, Satu & Manninen, Minna

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2017

Sivumäärä: 46+2

Viimeisten vuosikymmenten aikana suomalaisten lapsettomuus ja ylipainoisuus ovat lisääntyneet. Useissa tutkimuksissa on todettu myös näiden kahden tekijän yhteys. Tässä opinnäytetyössä kuvataan fertiili-ikäisten naisten ylipainon ja lapsettomuuden yhteyttä, terveydenhuollon ohjauksen näkökulmasta. Tutkimuskysymyksenä on: miten terveydenhuoltoalan ammattilainen voi ohjata lapsetonta, ylipainoista, fertiili-ikäistä naista kohti raskautta? Opinnäytetyön tarkoituksena oli vastata tutkimuskysymykseen ja siten kuvata ylipainoisten, lapsettomien naisten ohjausta kohti raskautta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää esimerkiksi preventiivisesti hedelmällisyysneuvonnassa ja hoitotyön koulutuksessa.

Opinnäytetyö toteutettiin narratiivisena eli kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsausta varten hakuja suoritettiin useista eri tietokannoista. Aineiston valintaa ohjasivat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Kaikki valitut tutkimusartikkelit on julkaistu vuoden 2012 aikana tai sen jälkeen. Analysoitavaksi valittiin lopulta kolme kansainvälistä artikkelia, jotka käsittelivät fertiili-ikäisten naisten lapsettomuutta, ylipainoa ja terveydenhuoltoalan ohjausta. Valittuja artikkeleita analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Aineiston analyysin pohjalta tuloksia tarkasteltiin pääluokkien; painon vähentämisen, psyykkisen hyvinvoinnin ja ohjauskeinojen näkökulmista. Tuloksista kävi ilmi, että painon vähentämisellä kohti normaalipainoa on terveydellisiä ja hedelmällisyyteen positiivisesti vaikuttavia etuja. Lapsettomien, ylipainoisten, fertiili-ikäisten naisten elämäntapaohjaaminen on erittäin tärkeää, sillä sen avulla voidaan vaikuttaa raskauden alkuun tietyissä tapauksissa samalla tavalla, kuin hedelmöityshoidoilla. Itse ohjaamista on tutkittu vähän, mutta tämän katsauksen myötä ilmeni erilaisia ohjauksen ja motivaation keinoja ohjauksen toteuttamiseen. Kirjallisuuskatsauksen myötä ohjaamisesta saatiin hyvää lisäinformaatiota, jota toivottavasti voidaan hyödyntää aihepiiriin liittyen, esimerkiksi terveydenhuoltoalan ammattilaisten lisäkoulutuksessa.

Opinnäytetyön johtopäätöksinä voidaan pitää tutkimusten tarpeellisuutta tästä aiheesta sekä konkreettisten ohjeiden tarvetta. Hyvät ohjeet luomalla ja antamalla voidaan esimerkiksi kansantaloudellisesti säästää merkittäviä summia, kun hedelmöityshoidoille ja muille ylipainon mukanaan tuomille mahdollisille komplikaatioille ei ole hoidon tarvetta. Terveydenhuoltoalan ammattilaisten tulee huomioida myös elämäntapaohjaus, lapsettomia asiakkaita hoitaessa.

Asiasanat: lapsettomuus, hedelmättömyys, ylipaino, lihavuus, nainen, ohjaus, lisääntymisterveys

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Midwifery

Author: Kurunsaari, Emmi

Title of thesis: The connection between obesity and infertility – how a health care professional can counsel fertile aged women towards pregnancy?

Supervisors: Rainto, Satu & Manninen, Minna

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2017 Number of pages: 46+2

During the last decades, the infertility and obesity among the Finns has increased. The connection between these two factors has been stated in several studies. In this thesis the connection between overweight and childlessness in fertile aged women is described from the perspective of the public health care system. The research question was: How can health care professionals guide childless and overweight fertile aged women to become pregnant. The goal of this thesis was to answer the study question and so develop the counseling of the overweight and childless women to become pregnant. The purpose was also to produce knowledge that can be used for example in the preventive fertility counseling and the education of nurses and midwives.

This thesis was executed as a narrative literature review. For this review searches were made from several different databases. Choosing the material was led by different criteria. All of the chosen articles were published in 2012 or after. Three international articles on childlessness and overweight in the fertile aged women were analyzed with the content analysis method.

After the analysis of the material the results were examined based on three different categories - reducing weight, psychic welfare and counseling techniques. Weight loss among the overweight was found to have positive effect on fertility and health altogether. Counseling the infertile and overweight fertile aged women is vital because in some cases it can influence the beginning of the pregnancy in the same way as reproductive techniques. Counseling itself has not been studied that much but during this thesis different counselling and motivating ways to execute this appeared. Along the literature review more information on counseling was achieved – this can hopefully be used in additional education in health care.

The necessity of this subject and the need of concrete guidelines can be seen as a conclusions in this thesis. Creating and giving good advices can spare significant sums in national economy when reproductive techniques and caring for the complications due to overweight become unnecessary. The health care professional need to also pay attention to lifestyle counselling when tending to childless patients.

Keywords: infertility, childlessness, obesity, overweight, guidance, counselling

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	FERTIILI-IKÄISEN NAISEN LAPSETTOMUUS JA YLIPAINO	8
1.1	Fertiili-ikäinen nainen	8
1.2	Naisen ylipaino	9
1.3	Lapsettomuus	12
1.3.1	Lapsettomuutta aiheuttavat tekijät naisen näkökulmasta	13
1.3.2	Lapsettomuuden tutkiminen	14
1.3.3	Hedelmöityshoidot	15
1.4	Kohti normaalipainoa – hedelmällisyyden lisääminen	17
2	LISÄÄNTYMISTERVEYDEN EDISTÄMINEN OHJAUKSEN KEINAIN	18
2.1	Ylipaino – neuvonta ja ohjaus terveydenhuoltoalalla	18
2.2	Lisääntymisterveys ja hedelmällisyysneuvonta	19
2.3	Ohjaaminen hoitotyössä	19
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	21
4	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS	22
4.1	Kirjallisuuskatsaus	22
4.2	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	22
4.3	Aineiston valinta ja hankinta	23
4.3.1	Hakusanat	23
4.3.2	Aineiston valintakriteerejä ja hakeminen	24
4.4	Aineiston analysointi	27
5	TULOKSET	29
5.1	Ylipaino ja lapsettomuus	29
5.2	Fertiili-ikäisen, lapsettoman, ylipainoisen naisen ohjaaminen	30
5.3	Ohjaamisen keinot	31
5.4	Painon vähentäminen	32
5.4.1	Fyysinen aktiivisuus	32
5.4.2	Ravitsemus	33
5.5	Psyykinen hyvinvointi ja motivoiminen	33
6	POHDINTA	35
6.1	Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu	35

6.2	Opinnäytetyöprosessi.....	36
6.3	Luotettavuus ja eettisyys	37
6.4	Jatkotutkimusaiheet.....	39

1 JOHDANTO

Lapsettomien määrä on lisääntynyt Suomessa viimeisen 20 vuoden ajan (Miettinen 2017, viitattu 5.3.2017). Suomalaisista pariskunnista tahattomasta lapsettomuudesta kärsii noin 15% jossain elämänsä vaiheessa (Tiitinen 2016, viitattu 5.3.2017). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011 -tutkimuksessa 19% naisista raportoi kokeneensa jossain elämänsä vaiheessa tahatonta lapsettomuutta (Koponen, Klemetti, Luoto, Alha & Surcel 2012, 112).

Lihavuudesta on tullut kansanterveydellinen ja -taloudellinen ongelma (Männistö, Laatikainen & Vartiainen 2012, viitattu 5.3.2017). Suomalaisessa Finnriski 2012 -tutkimuksessa yli 25-vuotiaista naisista 46%, eli melkein puolet oli ylipainoisia (Männistö ym. 2012, viitattu 5.3.2017).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata miten fertiili-ikäisiä, ylipainoisia, lapsettomia naisia voidaan terveydenhuollon ammattilaisten toimesta ohjata, kohti parempaa todennäköisyyttä tulla raskaaksi. Tavoitteena oli hyödyntää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla saatua tietoa fertiili-ikäisten, ylipainoisten, lapsettomien naisten neuvonnassa ja valmiuksia kehittää tätä ohjausta. Opinnäytetyön päämääränä oli myös kasvattaa sen tekijän henkilökohtaista hoitotyön osaamista eri aihealueista; ohjaamisesta, lisääntymisterveydestä, lapsettomuudesta ja ylipainoon liittyvistä ongelmista.

Tutkimuskohde on ajankohtainen ilmiön taustatekijöiden lisääntyessä ja se oli yksi tärkeä motiivi perehtyä tähän aihepiiriin tarkemmin. Pyrkimyksenä on suunnata huomio tärkeään aiheeseen, sillä hedelmällisyyden vaaliminen jää fertiili-ikäisten naisten keskuudessa helposti esimerkiksi raskauden- ja sukupuolitautilien ehkäisyn varjoon.

Opinnäytetyössä aihetta rajattiin koskemaan fertiili-ikäisten naisten ylipainoa ($BMI > 25 \text{ kg/m}^2$). Lapsettomuudella tarkoitetaan tahatonta lapsettomuutta, eli tutkimuksessa ei ole huomioitu tahallisesti tai sosiaalisesti lapsettomia. Ohjauksella tarkoitetaan kaikenlaisia ohjeita ja neuvoja tilanteen ratkaisemiseksi. Ohjauksen antajan ajatellaan olevan terveydenhuollon ammattilainen, esimerkiksi kätilö, mutta sen tarkempaa rajausta suorittajasta ei ole tehty.

2 FERTIILI-IKÄISEN NAISEN LAPSETTOMUUS JA YLIPAINO

Ylipaino asettaa naisen lisääntymisterveydelle useita erilaisia haasteita. Jo alle 10% painonpudotuksella voidaan vähentää näitä ongelmia. Tärkeitä keinoja tällaisen potilaan hoidossa ovat liikunnan lisääminen ja jokapäiväisen ruokavalion korjaaminen. Ylipainoisen naisen painonpudotuksella voi olla yhtä hyvä vaste raskaaksi tulemisessa, kuin hedelmöityshoidoilla. (Tiitinen, Rissanen & Mustajoki 2000, 495, 497.) Tiitinen ym. (2000, 500) viittaavat Huber-Buchholziin ym., joiden mukaan erityisesti liikunnan lisääminen on tärkeää, sillä se lisää hedelmällisyyttä, vaikka paino pysyisikin samana.

1.1 Fertiili-ikäinen nainen

Kehittyminen naiseksi alkaa jo hedelmöityshetkellä, kun alkio saa molemmilta vanhemmiltaan X-kromosomin. Biologisesta näkökulmasta tyttöä voidaan pitää naisena, kun hänen kuukautisensa ovat alkaneet, eli hän on lisääntymiskykyinen. (Ihme & Rainto 2015, 50, 65.) Lisääntymisiässä naisen hormonituotanto on kuukautiskierron mukaisesti syklistä (Litmanen 2015, 99). Hedelmällistä ikää kutsutaan fertiili-ikäsi. Silloin yksilö on lisääntymiskykyinen ikänsä puolesta. (Kustannus Oy Duodecim 2016, viitattu 22.2.2017.)

Naisen elimistössä pitää olla riittävän suuri määrä rasvakudosta, jotta murrosikä eli puberteetti käynnistyy ja kuukautiset alkavat (Tiitinen 2015b, 83–84). Kuukautiset alkavat noin 13 vuoden iässä, jolloin monet murrosiän muutokset, kuten rintarauhasen ja häpykarvoituksen kehitys on suurimmaksi osaksi tapahtunut (sama, 65). Puberteetin alkamisikään vaikuttaa todennäköisesti ensisijaisesti geneettinen perimä, mutta ylipaino aikaistaa sitä (Tiitinen 2015b, 83–84). Kuukautisten alkamiseen vaikuttavat myös elintavat (sama, 65).

Naisen kuukautiskierron normaali pituus on 23-35 vuorokautta. Kuukautiskierron laskeminen aloitetaan ensimmäisestä vuotopäivästä ja päätetään seuraavien kuukautisten ensimmäiseen vuotopäivään. Tavanomainen kuukautisvuodon kesto on 2-8 päivää, yleisimmin 5 vuorokautta. (Ihme & Rainto 2015, 65–66; Tiitinen 2015a, 119.) Kuukautiskierto perustuu aivolisäkkeen etulohkon, hypotalamuksen ja munasarjojen väliseen yhteistoimintaan, palautejärjestelmään (Litmanen 2015, 99–100).

Naisen hedelmällisyyteen vaikuttavia tekijöitä on useita (Tiitinen & Koskimies 2015, 81). Nainen on hedelmällisimmillään 20-35 vuoden iässä. Sen jälkeen hedelmällisyys alkaa selkeästi heiketä ja loppuu vaihdevuosiin eli klimakteriumiin. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 61.) Suunnilleen 45-50 vuoden iässä munasarjojen keltarauhashormonin ja estrogeenien tuotanto vähenee, palauttejärjestelmän toiminta muuttuu, munarakkuloiden tavanomainen kehitys päättyy ja kuukautiset jäävät pois. Sukukypsyys päättyy. Viimeisiä kuukautisia kutsutaan menopaussiksi. (Litmanen 2015, 100.)

1.2 Naisen ylipaino

Lihavuus määritellään normaalia suurempana rasvakudoksen määränä kehossa. Suurimmaksi osaksi ylimääräinen rasva kertyy ihon alle, mutta myös esimerkiksi vatsaonteloon. (Mustajoki 2015, viitattu 8.12.2016.) Elinympäristön ja elintapojen muuttuminen sekä elintason nousu ovat vaikuttaneet lihavuuden ja ylipainon yleistymiseen. Lihavuudesta on muodostunut kansanterveydellinen ongelma. Se lisää riskiä sairastua muun muassa astmaan, tyypin 2. diabetes mellitukseen, uniapneaan, tuki- ja liikuntaelinsairauksiin ja useisiin syöpäsairauksiin. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 13.) Liikkumattomuus ja liiallinen energian saaminen ovat elämäntapoja, jotka lisäävät lihavuutta (Anttila 2008, 2438).

Aikuisista suomalaisista naisista runsas puolet ylittää normaalipainon (Mustajoki 2015, viitattu 8.12.2016). Suomalaisten naisten painoindeksi on noussut 1980-luvulta lähtien (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 13). Viimeisen kymmenen vuoden aikana lihavuus on kaksinkertaistunut suomalaisten naisten keskuudessa (Koskela-Koivisto, Juuti & Tiitinen 2012, 259). Ylipainon asteen määrittelyssä käytetään aikuisilla painoindeksiä (body mass index, BMI), joka lasketaan jakamalla paino (yksikkö: kg) pituuden neliöllä (yksikkö: m²) (Mustajoki 2014, 118). Taulukossa 1 on eriteltynä painon luokittelua painoindeksin mukaan.

TAULUKKO 1. Painoindeksin mukainen painon luokittelu (Mustajoki 2014, 119).

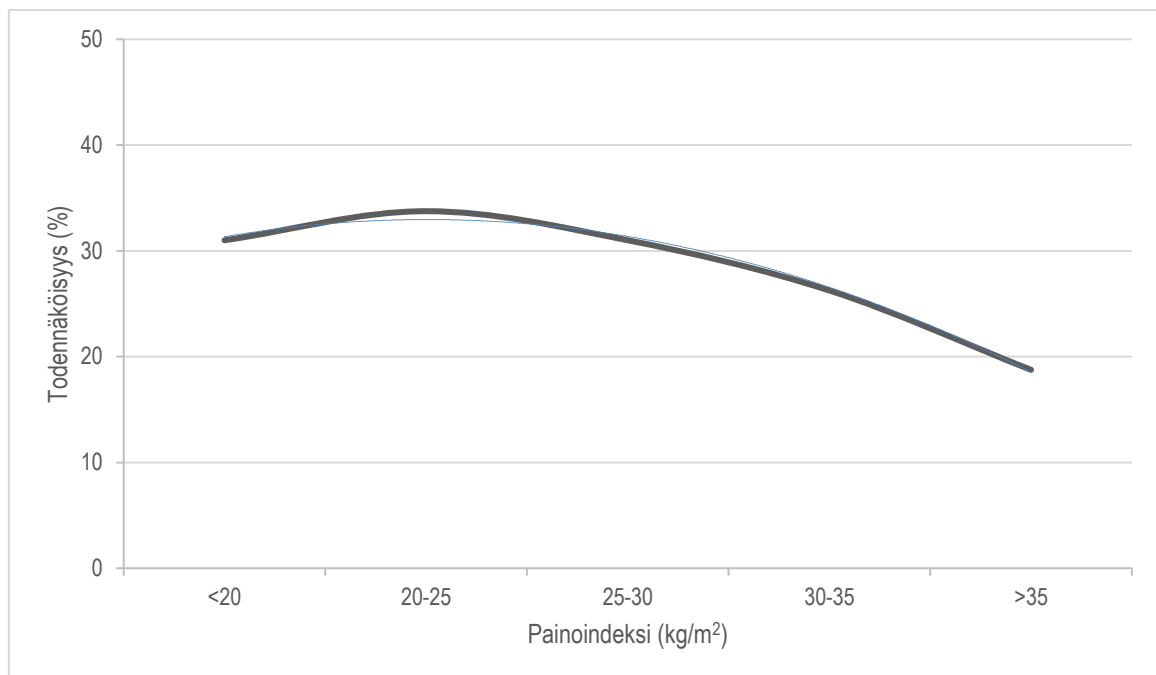
PAINOINDEKSI	LUOKITTELU
< 18.5	Alipaino
18.5–25	Normaalialue
25–30	Ylipaino
30–35	Lihavuus
35–40	Vaikea lihavuus
> 40	Sairaalloinen lihavuus

Lihavuuden arvioinnissa voidaan käyttää myös vyötärön ympärysmittaa, joka mitataan ihmiseltä seisoma-asennossa suoliluun harjun ja alimman kylkiluun välistä (Mustajoki 2014, 118). Vyötärölihavuudesta voidaan puhua, jos naisen vyötärön ympärys on yli 90 senttimetriä. Tällöin rasvakudosta on kertynyt sisäelimiin ja vatsaontelon sisään, viskeraaliseksi rasvaksi. (Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2011.) Viskeraalinen rasva on aineenvaihdunnan näkökulmasta haitallisempaa kuin muu elimistössä oleva rasva (Tiitinen 2015a, 118). Aineenvaihdannallisesti se on aktiivista ja voi siksi sekoittaa rasva- ja sokeriaineenvaihduntoja sekä nostaa verenpainetta (Voutilainen, Fogelholm & Mutanen 2015, 173).

Lihavuus saattaa aiheuttaa naisille muun muassa hedelmällisyyteen, kuukautiskiertoon, raskautteen ja synnytykseen liittyviä terveyshaittoja ja -komplikaatioita (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013, 19). Erityisesti vyötärölihavuudesta saattaa seurata haitallisia, hedelmällisyyteen vaikuttavia hormonaalisia muutoksia (Tulppala 2007b, 8). Ylipainon aiheuttamiin sokeriaineenvaihdunnan häiriöihin liittyvä korkeampi insuliinipitoisuus kasvattaa munasarjojen androgeenien eli mieshormonien erityystä (Tiitinen 2015b, 83). Androgeenien lisääntynyt erityys munasarjoista aiheutuu suoraa insuliinipitoisuuden kasvusta tai lutenisoivan hormonin kautta (Morin-Papunen & Tapanainen 2005, 1901). Mieshormonien liikaerityksestä voi seurata aknea tai hirsutismia eli liikakarvoitusta (Tiitinen 2015b, 84).

Munasarjojen monirakkulaoireyhtymä eli polycystic ovary syndrome, PCOS, on yleisin naisten hormonihäiriö. Suunnilleen puolet sitä sairastavista on ylipainoisia. (Tiitinen 2015b, 84.) Munasarjojen monirakkulatauti saattaa aiheuttaa epäsäännöllisiä kuukautisia, niiden poisjäämistä tai joskus pitkittyneitä kuukautisvuotoja (Tiitinen 2015a, 120). Naisen poikkeavan painon taustalla voi olla myös viime vuosikymmeninä yleistyneet syömishäiriöt, joita on kuvattu olevan 17-30% lapsettomista naisista (Tulppala 2007b, 8).

Ylipaino heikentää hedelmällisyyttä esimerkiksi lisäten kuukautishäiriöitä (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 61). Naisen painolla on merkitystä raskaaksi tulemiseen, vaikka muutoksia kuukautisiin ei vielä olisikaan tullut (Tiitinen 2015a, 117). Se heikentää hedelmällisyyttä myös muuttamalla munasarjojen toimintaa. Esimerkiksi alkion kiinnittyminen kohdun limakalvolle voi häiriintyä. (Tiitinen 2015b, 83.) Hedelmällisyyden tiedetään heikentyvän jo painoindeksin ollessa 27 kg/m² (Tiitinen 2015a, 117). Myös lapsettomuushoitojen tulokset ovat – sen syystä riippumatta – heikompia ylipainoisilla naisilla (Tulppala 2007b, 8). Kuviossa 1. on esitetty naisen painon vaikutuksia koeputkihedelmöityksen onnistumiselle.



KUVIO 1. Approksimoitu kuvaaja naisen painoindeksin ja koeputkihedelmöityshoidon onnistumisen todennäköisyyden välillä (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 184).

Obesiteetti ja siihen liittyvät sairaudet heikentävät yksilön terveyteen liittyvää elämänlaatua usein eri tavoin. Lihavuus ja sen liitännäissairaudet kuormittavat myös terveydenhuoltoa, aiheuttaen merkittäviä kustannuksia. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen tutkimusprofessori Markku Pekurisen arvon mukaan Suomen kaikista terveystalokustannuksista 1,4-1,7% aiheutuu lihavuudesta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 19-20.)

1.3 Lapsettomuus

Lapsettomuus voi olla joko tarkoituksellista tai tahatonta (Klemetti 2015, 371). Lääketieteessä ajatellaan pariskunnan kärsivän tahattomasta lapsettomuudesta, jos raskautta on yritetty vuosi tuloksetta (Miettinen & Rotkirch 2008, 78). Tuon vuoden aikana pariskunta ei ole tullut raskaaksi säännöllisistä, ilman ehkäisyä olleista yhdynnöistä huolimatta. Yleisesti vuoden aikana raskautta yrittävistä pareista 80-85% tulee raskaaksi. (Klemetti 2015, 371; Tiitinen 2015a, 116.) Tahattomaksi lapsettomuudeksi luetaan myös tilanteet, joissa edellä kuvatuista olosuhteista alkaneet raskaudet ovat keskeytyneet toistuvasti (Klemetti 2015, 371).

Lapsettomuus voi olla primaarista eli ei aikaisempia raskauksia tai sekundaarista, aikaisemman raskauden jälkeistä hedelmättömyyttä (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 61). Lisääntymiskyvyttömyyttä kuvataan termeillä: tahaton lapsettomuus, infertiliteetti ja hedelmättömyys (Ansamaa 2006, 185). Sosiaalisista syistä lapsettomaksi katsotaan yksilö, joka ei toiveistaan huolimatta löydä kumppania, jonka kanssa voisi perustaa perheen (Pruuki, Tiihonen & Tuominen 2015, 14). Tahaton lapsettomuus voi johtua myös seksuaalisesta suuntautumisesta (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2016b, 92).

Raskaaksi tulemisen vaikeudet ovat tutkimusten mukaan lisääntyneet tasaisesti (Miettinen & Rotkirch 2008, 122). Noin viidenneksellä pariskunnista on jossain elämän vaiheessa haasteita saada raskaus alkuun (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 61; Pruuki, Tiihonen & Tuominen 2015, 13). Täydellinen hedelmättömyys koskee noin 3-5% pariskunnista (Klemetti 2015, 371). Täydellistä lapsen saannin kyvyttömyyttä kutsutaan steriliteetiksi (Tiitinen 2016, viitattu 9.12.2016). Tahattomasti lapsettomia pariskuntia arvioidaan olevan Suomessa noin 60 000 (Pruuki ym. 2015, 13). Maailmanlaajuisesti hedelmättömiä naisia arvellaan olevan 34 miljoonaa, jotka ovat enimmäkseen kehittyvistä maista. Lapsettomuuden syinä ovat kansainvälisesti usein äitiysajan verenmyrkytykset ja vaaralliset raskaudenkeskeytykset. (World Health Organization 2016, viitattu 9.12.2016.)

Tahaton lapsettomuus koetaan melkein kaikissa kulttuureissa suurena onnettomuutena. Lapsettomuus tuo mukanaan voimakkaita tunteita, lapsettomuuskriisin. (Pruuki ym. 2015, 13,16). Lapsettomuuden kokemus on jokaisella erilainen, vaikka sitä ei kriisinä kokisikaan, vaikuttaa lapsettomuus yksilöihin jollain tasolla (Ansamaa 2006, 185). Pruuki ym. (2015, 16) viittaavat Linda P. Salzerin tutkimaan lapsettomuusprosessin neljään emotionaaliseen vaiheeseen: 1) järkytys ja torjuminen,

2) reagoiminen, 3) sureminen ja 4) hyväksyminen. Aluksi ihminen luonnollisesti järkyttyy kuullessaan elämäänsä suuresti vaikuttavan tiedon, lapsen saamisen haastavuudesta. Sen jälkeen ihminen voi torjua tiedon, etenkin jos se tulee odottamatta ja yhtäkkiä. Torjuminen on tavanomainen ihmisen puolustusmekanismi, joka suojelee tuskalta. Sen jälkeen ihmiselle tulee tarve ymmärtää ja halua käsittää tapahtunut eli hän reagoi tilanteeseen. Ihminen voi tuntea hyvin voimakkaita tunteita, kuten vihaa ja syyllisyyttä. Tätä seuraa sureminen, toivon katoaminen, johon voi sisältyä äkillisiä epätoivon ja itkun hetkiä. Suru voi kestää pitkään, mutta lopuksi olo kuitenkin helpottuu. Vaikeat tunteet nousevat välillä mieleen, mutta ne eivät enää hallitse elämää. (Pruuki ym. 2015, 17-21.)

1.3.1 Lapsettomuutta aiheuttavat tekijät naisen näkökulmasta

Hedelmällisyyteen vaikuttavat elintavat (Tiitinen 2015a, 117). Tekijöitä ovat esimerkiksi ikä, liikuntatottumukset, päihteiden käyttö, tupakointi, lääkkeiden käyttö ja ympäristön kemikaalit (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 61). Arvioiden mukaan lapsettomuuden todennäköinen syy löytyy naisesta 25%, miehestä 25% tai molemmista 25% todennäköisyydellä. Viimeisessä neljänneksessä selkeää lapsettomuuden syytä ei voida osoittaa, jolloin puhutaan selittämättömästä lapsettomuudesta (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 62; Morin-Papunen & Koivunen 2012a, 1478; Tiitinen 2015a, 116–117.) Erilaisia lapsettomuuden syitä on eriteltynä kuviossa 2.

Yleisimpiä naisesta johtuvia lapsettomuuden syitä ovat ovulaatiohäiriöt (30-40%), endometrioosi (10-20%) ja erilaiset munanjohdinvauriot (10-15%). Myötävaikuttajana saattaa olla myös miehen madaltunut sperman laatu. (Tiitinen 2015a, 119.) Heikossa hoitotasapainossa olevat yleissairaudet, kuten diabetes mellitus, keliakia tai epilepsia, voivat heikentää hedelmällisyyttä (Tiitinen 2016, viitattu 9.12.2016).

Ovulaatiohäiriöt voivat olla munasolun kypsyminen- tai irtoamishäiriöitä, joiden luokittelussa huomioon otetaan, onko syy aivolisäkkeen, hypotalamuksen vai munasarjan toimintahäiriössä. Häiriö voi olla tulema myös jostain muusta sairaudesta. Ovulaatiohäiriöt ilmenevät yleensä epäsäännöllisinä kuumautiskiertoina ja mahdollisina vuotohäiriöinä. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 175–176.)

Heikentynyt hedelmällisyys eli subfertiliteetti on yleisesti tahattoman lapsettomuuden ensisijainen syy (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b, 92). Hedelmättömyys on lisääntynyt naisten keski-

määräisen synnytysiän nousemisen myötä (Parviainen 2016, 20; Tiitinen 2015a, 116). Myös ensisynnyttäjien ikä on vuosittain noussut hieman, ollen 2015 vuonna 28,8 vuotta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoinnin mukaan, vuonna 2015 kaikista synnyttäjistä yli 35-vuotiaita oli 20,8%. (Vuori & Gissler 2016, 1.) Naisten hedelmällisyys vähenee iän myötä (Oats & Abraham 2017, 267). Naisten ikääntyessä lapsettomuusongelmat lisääntyvät suunnilleen niin, että 20-25-vuotiaista alle 10%, 30-35-vuotiaista noin 15% ja 35-40-vuotiaista 40% kärsii lapsettomuudesta. Taustalla tässä on etenkin munasolujen vanheneminen (Tiitinen 2015a, 117). Alentunut hedelmällisyys liittyy useammin vyötärölle keskittyvään lihavuuteen kuin lantiolihavuuteen, koska sisäelimiin ja vatsaonteloon kerääntynyt ylimääräinen rasvakudos on hormonaalisesti haitallisempaa. Lihavalla naisella raskauden alkaminen voi kestää kaksinkertaisen ajan, normaalipainoiseen naiseen verrattuna. (Tiitinen & Koskimies 2015, 81.)

MIEHESTÄ JOHTUVAT

- Sikotauti
- Kiveskohju
- Anaboliset steroidit
- Siemensyöksyn ongelmat
- Sukuelinten alueen vamma
- Siemennesteen poikkeavuus
- Kivesten tulehdus tai kiertymä
- Laskeutumattomat kivekset lapsena

NAISESTA JOHTUVAT

- Endometrioosi
- Hormonihäiriöt
- Kohdun rakenneviat
- Munanjohdinvauriot
- Kohdunkaulan rakenneviat
- Kuukautisiin liittyvät häiriöt
- Lantion alueella olleet tulehdukset

MOLEMMISTA JOHTUVAT

- Ikä
- Stressi
- Lääkkeiden käyttö
- Sairastetut sukupuolitaudit
- Ympäristömyrkyt tai säteily
- Tupakointi tai alkoholin liiallinen käyttö
- Yhdyntäkivut tai seksuaalielämän ongelmat
- Ravitsemukseen liittyvät ongelmat, ali- tai ylipaino

SELITTÄMÄTTÖMÄN LAPSETTOMUUDEN TAUSTALLA SAATTAA OLLA

- Vika munasoluissa
- Alkion varhaisen jakautumisen tai hedelmöittymiseen liittyvä häiriö
- Toiminnallinen vika munanjohtimissa
- Häiriö alkion kohtuonteloon kiinnittymisessä

KUVIO 2. Lapsettomuuden syitä (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 62).

1.3.2 Lapsettomuuden tutkiminen

Suositusten mukaan, lapsettomuustutkimuksiin olisi hyvä hakeutua vähintään vuoden kestäneen raskausyrityksen jälkeen (Miettinen 2011, 60; Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 180). Lapsettomuustutkimuksiin voi hakeutua jo aiemmin, mikäli tiedossa on hedelmällisyyttä heikentäviä seikkoja (Hippeläinen & Räsänen 2002, 497). Tällaisia syitä ovat esimerkiksi endometrioosi, kuukautishäiriöt tai

naisen yli 35 vuoden ikä (Morin-Papunen & Koivunen 2012a, 1478). Lapsettomuuteen liittyvät alkututkimukset tehdään usein perusterveydenhuollossa (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 63; Klemetti 2015, 372).

Miettisen (2011, 29–30) tutkimuksen mukaan lapsettomuustutkimuksiin hakeutumisessa naiset ovat useimmiten pariskunnasta aloitteentekijöitä. On kuitenkin toivottavaa, että pariskunta saapuu yhdessä lapsettomuustutkimuksiin (Hippeläinen & Räsänen 2002, 497). Lapsettomuutta tutkitaan aina pariskunnan yhteisenä ongelmana (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 63; Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 175). Lapsettomuustutkimuksissa pyritään selvittämään, onko kyseessä alentunut hedelmällisyys vai hedelmättömyys (Klemetti 2015, 372).

Perusterveydenhuollossa, opiskelijaterveydenhuollossa tai yksityisen gynekologin vastaanotolla tahattoman lapsettomuuden selvitys alkaa pariskunnan esitietojen huolellisesta tarkastelusta. Esitietoja ovat esimerkiksi: yleinen terveydentila, sairaudet, elintavat ja yhdyntätiheys. (Klemetti 2015, 372.) Laaja-alaiset esitiedot ovat tärkeitä, sillä ne voivat paljastaa syitä tai tekijöitä lapsettomuudelle sekä ohjata jatkotutkimusten kanssa (Tiitinen 2015a, 117).

Terveydenhuollossa selvitetään raskauden mahdolliset anatomiset esteet ja mieheltä hyvänlaatuisten siittiöiden olemassaolo (Klemetti 2015, 372). Lapsettomuustutkimusten aluksi huomioidaan painon ja pituuden suhde. Ylipainoiselta asiakkaalta on hyvä selvittää paastoverensokeri. (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 181.) Naiselle tehdään perustutkimuksia, kuten kilpirauhasen toiminnan, anemian ja prolaktiinin liikaerityksen selvitykset sekä tarpeelliset hormonimääritykset verestä ja/tai virtsasta. Munasolun irtoamisen eli ovulaation selvitys tehdään mittaamalla joko lutenisoivan hormonin tai progesteronihormonin pitoisuutta. Munasolun irtoamisen ajankohdan voi selvittää kotona tehtävillä ovulaatiotesteillä. Jatkotutkimukset kuten gynekologinen ultraäänitutkimus ja munatorvien aukiolo tehdään erikoissairaanhoidossa tai yksityisillä lapsettomuusklinikoilla. Miesten siemennestettä voidaan analysoida spermatorioissa. (Klemetti 2015, 372.)

1.3.3 Hedelmöityshoidot

Hedelmöityshoidoilla tarkoitetaan lääketieteellisiä toimenpiteitä, joilla pyritään parantamaan todennäköisyyttä raskauden alkamiseen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b, 94). Hedelmöityshoi-

toja, niiden seuranta ja tilastointia ohjaa Suomessa Hedelmöityshoitolaki sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus (Klemetti 2015, 372). Hedelmöityshoitojen onnistumiseen vaikuttavat asiakkaan ikä ja lapsettomuuden syyt (Terveys ja hyvinvoinnin laitos 2016b, 94). Lapsettomuushoidon suunnittelu pohjautuu lapsettomuustutkimusten tuloksiin, hedelmättömyyden kestoon ja sen syyhyn (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 184).

Hedelmöityshoitoja ovat kohdunsisäinen inseminaatio (intrauterine insemination, IUI), koeputkihedelmöitys (in vitro fertilization, IVF) ja siihen mahdollisesti liittyvä mikroinjektio (intra cytoplasmic sperm injektion, ICSI) sekä pakastetun alkion siirto (frozen embryo transfer, FET). Hoidoissa voidaan käyttää joko omia tai lahjoitettuja alkioita, siittiöitä tai munasoluja. (Klemetti 2015, 373.) Luovutetut sukusolut ovat ainoa vaihtoehto saada lapsi noin 5-10 prosentille pariskunnista. Alkionsiirto mahdollisesti ylijääneet laadukkaat alkiot voidaan pakastaa myöhempää alkionsiirtoa varten. (Morin-Papunen & Koivunen 2012b, 1572-1573.) Lakiin hedelmöityshoidoista (1237/2006 1. 3 §) on kirjattu: ”hedelmöityshoidossa saadaan käyttää tässä laissa säädetyin edellytyksin hoitoa saavan omia sukusoluja ja alkioita sekä tämän lain mukaan luovutettuja sukusoluja ja alkioita”.

Miettisen (2011, 61) tutkimuksen mukaan suurin osa potilaista on huolissaan hedelmöityshoitojen psyykkisestä raskaudesta, hoitojen pitkään jatkumisesta, pettymyksistä sekä omasta ja kumppanin jaksamisesta. Hedelmöityshoidot tuovat usein stressiä pariskunnan elämään, esimerkiksi johtuen niissä käytettävien lääkkeiden mahdollisista vaikutuksista mielialaan (Ansamaa 2006, 188).

Minkään lapsettomuushoidon ei ole todettu huomattavasti lisäävän riskiä lapsen epämuodostumiin (Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 192). Sari Koivurovan (2005, 75, viitattu 22.3.2017) tutkimuksessa verrattiin 3 vuoden iässä IVF-alkuisia lapsia, tavanomaisesti alkunsa saaneisiin lapsiin ja huomattiin heillä esiintyvän sairauksia, kuten hengityselinsairauksia ja ripulia verrokkeja enemmän. Lapsettomuushoitojen välittömistä uhkista huomattavin on hyperstimulaatio eli munasarjojen liika-reagointi, joka voi aiheutua munarakkuloiden kasvua stimuloivista lääkkeistä. Hoitojen pitkäaikaisriskeistä on vielä varsin vähän tietoa. (Tulppala 2007a, 21.)

Vuonna 2014 hedelmöityshoitoja aloitettiin 13 700 kappaletta ja niistä 17,7% eteni elävän lapsen syntymään. Hedelmöityshoitojen avulla syntyi kyseisenä vuonna 2 417 lasta, joka on arviolta 4,2% kaikista tuona vuonna syntyneistä lapsista. (Heino & Gissler 2016, 1-2.) Lisääntymisterveys Suomessa, Terveys 2000 -tutkimuksessa hedelmöityshoitokertoja kertyi naisille keskimäärin 4,6 kertaa (Klemetti, Sihvo & Koponen 2004, 49). Tilastojen mukaan 9% inseminaatiohoidoista johti lapsen

syntymään ja 21% kaikista omilla sukusoluilla tehdyistä koeputkihedelmöityshoidoista (IVF, ICSI ja FET) eteni elävänä syntyneeseen lapseen (Klemetti 2015, 372). Miettisen ja Rotkirchin (2008, 122) tutkimuksen mukaan lähes 60% raskaaksi tulemisen vaikeuksia kokeneista hakeutui lapsettomuus-tutkimuksiin ja suurin osa heistä sai myös hedelmöityshoitoa. Arviolta 80% kaikista lapsettomuus-potilaista, joilla on halu ja mahdollisuus tehokkaisiin hoitoihin, saa lapsen (Morin-Papunen & Koivunen 2012a, 1478; Tiitinen & Unkila-Kallio 2011, 192).

1.4 Kohti normaalipainoa – hedelmällisyyden lisääminen

Lihavuus on yleistynyt haaste, johon tulisi puuttua jo heti lapsettomuushoitojen alussa (Morin-Papunen & Koivunen 2012b, 1575). Hedelmöityshoidoilla ja ylipainoisen laihduttamisella aikaansaadut tulokset raskauksissa vastaavat toisiaan. Mikäli muita lapsettomuuden syitä ei ole, voi 5-10% painon lasku auttaa jopa 50% lapsettomuudesta kärsiviä naisia (Tiitinen 2015b, 83).

Yli- tai alipainon taustalla voi olla syömishäiriö. 17-30 prosentilla lapsettomista naisista on kuvattu olevan syömishäiriö. Ne ovat yhteydessä eriasteisiin kuukautishäiriöihin. Syömishäiriöiden toteaminen ja hoitaminen on tärkeää, sillä se parantaa raskauden ennustetta ja hedelmällisyyttä. (Tulppala 2007b, 8.)

Laihtuminen muuttaa myönteisesti naisen hormonitoimintaa ja munasolujen irtoamista sekä edesauttaa raskauden alkamista (Tiitinen 2015b, 83). Liikunnan lisääminen ja ruokavalion korjaaminen ovat primäärisiä keinoja laihduttamisessa (Tulppala 2007b, 8). Maltilliseen laihdutukseen yhdistetty liikunta parantaa tulosta, sillä se edistää hedelmällisyyttä, vaikka paino ei muuttuisikaan (Tiitinen & Koskimies 2015, 82).

2 LISÄÄNTYMISTERVEYDEN EDISTÄMINEN OHJAUKSEN KEINAIN

Lapsettomuuden taustalla on monesti syitä, joihin olisi voitu vaikuttaa ennaltaehkäisevästi terveyttä edistäen. Hedelmällisyyttä edesauttavat esimerkiksi normaalipainon ylläpitäminen, iän vaikutusten tiedostaminen, tupakoimattomuus sekä klamydiainfektioiden tehokas hoito ja ehkäisy. Kansallisten terveys- ja yhteiskuntapoliittisten terveyttä edistävien toimien ohella, olisi syytä kiinnittää huomiota myös koulujen ja opiskelijaterveydenhuollon hedelmällisyyttä ja seksuaaliterveyttä edistävään toimintaan. (Anttila 2002, 527.)

2.1 Ylipaino – neuvonta ja ohjaus terveydenhuoltoalalla

Suomen Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen 2012–2020 strategian yhdeksi tavoitteeksi on asetettu kansalaisten lihomiskehityksen pysäyttäminen ja sen laskuun taittaminen. Tavoitteen tarkoituksena on lisätä väestön terveyttä ja elinkykyisiä vuosia. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016a, 5.)

Naiselle, jonka painoindeksi on yli 35, ensisijainen lapsettomuuden hoitomuoto on painonpudotus. Näin ollen perusterveydenhuollossa tulisi keskittyä siihen ja ohjata tällaista naista myös ravitsemusterapeutin vastaanotolle. (Unkila-Kallio & Ranta 2012, 2062.) Lihavuuden ensisijaiseksi hoitomuodoksi on Suomen kansallisissa Käypä hoito -suosituksissa asetettu suunnitelmallinen, usealla tapaamisella annettava elintapaohjaus, jossa käydään läpi ruokavalioon, liikuntaan, ajatuksiin ja asenteisiin painottuvaa ohjausta. Suosituksissa on määritetty lihavuuden elintapahoidon ohjauksen osatekijöitä, joita ovat; 1) potilaan tilanteen kartoittaminen ja muutosten edistäminen, 2) syömisen hallinta 3) ruokavalion energiamäärän pienentäminen ja riittävän ravinnon turvaaminen sekä 4) fyysisen aktiivisuuden lisääminen. (Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito -suositus, 2011.)

Liisa Pirisen (2007, 85) tutkimuksessa hoitajien terveysneuvontatoimintoja painonhallintaan liittyen olivat: tiedon keruu, tilanteen määrittäminen, tavoitteen, muutoksen ja keinojen suunnittelu, muutoksen toimeenpanon ja etenemisen sekä hoitajan toiminnan jatkuva arviointi ja muutoksen tukeminen eli neuvonta, seuranta, motivointi, sitoutumisen tukeminen ja huolen käsittely. Terveysneuvonnan eri kohdissa tuettiin asiakkaiden toimijuutta. Terveysneuvonta toteutui tavanomaisesti kysyen, arvioiden ja ehdottaen. (Pirinen 2007, 85.)

2.2 Lisääntymisterveys ja hedelmällisyysneuvonta

Kokonaisvaltainen hyvä terveys peilaa hyvään hedelmällisyyteen. Elämäntavoista johtuvaa hedelmättömyyttä voidaan ehkäistä. Riittävän aikaisessa vaiheessa annettu elämäntapaohjaus on merkittävää. Siksi nuorille on raskauden ehkäisyn rinnalle tarjottava myös hedelmällisyysneuvontaa, jossa he saavat luotettavaa tietoa hedelmällisyyteen vaikuttavista ja terveyteen liittyvistä valinnoista. (Botha & Ryttyläinen-Korhonen 2016, 61.) Lapsettomuusongelmien ehkäisyssä esimerkiksi klamydiainfektioiden ehkäisy ja hoito, normaalipainon säilyttäminen ja tupakoimattomuus ovat tärkeitä tekijöitä (Tiitinen 2016, viitattu 9.12.2016).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2016b, 89) Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa 2014-2020 tavoitteeksi on asetettu, että kouluissa annettavaan seksuaalikasvatukseen kuuluisi ehkäisyneuvonnan ohella tietoa myös hedelmällisyydestä ja sen ylläpitämisestä. Ohjelmassa huomioidaan myös opiskeluterveydenhuolto, jossa tulisi tarjota lisääntymisterveyttä edistävää hoitoa ja ohjausta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b, 89).

Lisääntymisterveyttä edistävää hoitoa ja neuvontaa voidaan nimittää myös hedelmällisyysneuvonaksi. Lisääntymisterveyttä edistävä hoito sisältää yksilöiden ohjauksen ja neuvonnan jo ennen kuin toive lapsen saamisesta on ajankohtainen, mutta myös silloin kun raskautta toivotaan. (Pietiläinen 2015, 44.) Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävällä hoidolla ja ohjauksella tavoitellaan naisen ja perheen hyvinvoinnin tukemista. Se on preventiivistä eli ennaltaehkäisevää ja samalla terveysongelmia hoitavaa työtä. (Ihme & Rainto 2015, 12-13.)

Auttamis- ja ohjaustilanteissa ammattilainen toimii koulutuksensa, elämäkokemuksensa, ihmiskuvansa ja omaksumansa ammatillisen viitekehyksen pohjalta. Seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat ovat useille ihmisille hyvin arkaluontoisia. Työntekijän empatiakyky edellyttää taitoa kuunnella ja uskallusta kuulla, mitä asiakas todella sanoo, sekä kykyä vastata tunnetasolla esiintyviin sanattomiin, ristiriitaisiin ja peiteltyihin viesteihin. (Ilmonen 2006, 43.)

2.3 Ohjaaminen hoitotyössä

Yksi hoitotyön keskeinen auttamiskeino on ohjaaminen (Lipponen 2014, 17). Rakenteeltaan ohjaus on muita keskusteluja suunnitelmallisempaa, mutta samalla tietoa antavaa, ellei asiakas ole

kykenevä ratkaisemaan tilannetta itsenäisesti (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25). Ohjauksen tarve lisääntyy, sillä potilaat ovat yhä tietoisempia sairauksistaan, niiden hoidosta ja oikeuksistaan. Ohjausta tarvitaan entistä enemmän hoitoaikojen lyhentyessä. (Lipponen 2014, 17.)

Hoitotyössä tapaavat asiakas ja hoitaja, samalla läsnä ovat myös asiakkaan toiveet ja odotukset sekä hoitajan ammattikäytännöt ja hänen persoonallisuutensa. Ihmisten terveysorientaation kasvaminen vaatii panostamista asiakkaiden aktiiviseen osallistumiseen pohjautuviin työ- ja toimintatapoihin. Terveysteen liittyvällä ohjauksella voidaan tukea potilaiden itsenäisen elämän edellytyksiä. Ohjauksessa asiakkaalle tarjotaan tietoa, haasteita ja mahdollisuuksia, mutta hän tekee oman elämänsä valintoja itse. (Kyngäs ym. 2007, 11-12.) Olennaiset ohjauksen piirteet voidaan jaotella hoitajan ja asiakkaan taustatekijöihin, vuorovaikutteiseen ohjaussuhteeseen sekä tavoitteelliseen ja aktiiviseen toimintaan (sama, 26).

Mira Palonen (2016, 57) kuvaa väitöskirjansa tuloksissa ammattilaisten kannattelemaa ohjausta. Ammatillisesti toimiessa sovelletaan ohjausta asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan, lisäten asiakkaiden tietoa, käyttämällä kirjallisia ohjeita sekä varmistamalla ymmärrys annetusta ohjauksesta. Ohjaus on huolenpitoa. Asiakkaat saavat ohjauksessa hoitoon liittyviä ohjeita, jotka ovat konkreettisia, elämää kotona helpottavia neuvoja. (Palonen 2016, 57).

Anne Voutilaisen tutkimuksessa (2010, 48-49) voimavaralähtöisestä potilasohjauksesta, hoitajan tehtäviksi ohjaustilanteissa määriteltiin: vuorovaikutussuhteen luominen sekä potilaan terveyden edistäminen terveyden tukemisen ja kannustamisen kautta. Ohjaus on taidon, tiedon ja selviytymisen yhteistä muodostamista. Ohjaus rohkaisee ohjattavaa auttamaan itseään omista lähtökohdistaan käsin, omassa elämässään. Ohjauksen pyrkimys on saada ohjattava ymmärtämään muutoksen, palvelun tai hoidon merkitys, sekä hänen oma kokemuksensa vaikuttaa siihen. Ohjauksen lähikäsitteisiin kuuluvat opetus, neuvonta ja tiedon antaminen. (Eloranta & Virkki 2011, 19-20.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoitus johdattaa tutkimusstrategisia valintoja. Tarkoitusta luonnehditaan yleensä seuraavilla piirteillä: kartoittava, kuvaileva, ennustava tai selittävä. Tiettyyn tutkimukseen voi kuulua useampia tarkoituksia. Tutkimuksen tarkoitus voi myös muuttua tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi 2015, 137-138.) Tämä opinnäytetyö muuttui työn edetessä selittävästä kuvailevaksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata miten fertiili-ikäisiä, ylipainoisia, lapsettomia naisia voidaan terveydenhuollon ammattilaisten toimesta ohjata, kohti parempaa todennäköisyyttä tulla raskaaksi. Tavoitteena oli hyödyntää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla saatua tietoa fertiili-ikäisten, ylipainoisten, lapsettomien naisten neuvonnassa ja antaa valmiuksia kehittää tätä ohjausta. Päämääränä oli, että opinnäytetyössä tuotettua tietoa voisi hyödyntää myös preventiivisesti hedelmällisyysneuvonnassa sekä hoitotyön koulutuksessa.

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa hyvän tutkimuskysymyksen tulee olla rajattu ja riittävän täsmällinen, jotta ilmiötä voidaan tutkia mahdollisimman syvällisesti. Tutkimuskysymys voi olla myös väljä, jolloin sitä voidaan tarkastella useista eri näkökulmista. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 295.) Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymys on:

1. Miten terveydenhuoltoalan ammattilainen voi ohjata lapsetonta, ylipainoista, fertiili-ikäistä naista kohti raskautta?

4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS

Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Lähtökohtana on siis induktiivinen päättely, eli havaintojen tekeminen yksittäisistä tapahtumista ja niiden yhdistäminen laajemmaksi kompleksiksi. Päättely tapahtuu aineistolähtöisesti. (Kylmä & Juvakka 2007, 22–23.)

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Tässä opinnäytetyössä aineistoa käsitellään kirjallisuuskatsauksen tavoin. Kirjallisuuskatsaus on kriittinen arviointi, tiettyyn aiheeseen liittyvistä aiemmista tutkimuksista. Se on yhteenveto tutkimuksista ja siitä, mitä aiheesta jo tiedetään. (Coughlan, Cronin & Ryan 2013, 7.) Kirjallisuuskatsaus eli tutkimuskatsaus osoittaa, miten kohdetta on aiemmin tutkittu, mitkä ovat olleet näkökulmia ja miten tekeillä oleva tutkimus yhdistyy jo aiemmin tehtyihin tutkimuksiin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 121). Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan muodostaa kokonaiskuva tietystä asiakokonaisuudesta tai aihealueesta (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 7). Yleensä katsausten pohjalla on tutkimusongelma, johon pyritään vastaamaan (Leino-Kilpi 2007, 2). Kirjallisuuskatsaukset jaetaan yleensä kolmeen eri tyyppiin: kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen, systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen ja meta-analyysiin (Salminen 2011, 6).

4.2 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Tämä opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, koska aiempaa tutkimustietoa vaikutti alustavissa tutkimushauissa olevan rajallisesti. Opinnäytetyölle kuvaileva kirjallisuuskatsaus oli hyvä valinta myös siitä syystä, että tutkimuskysymys on laaja ja sen muokkaaminen tutkimuksen edetessä oli oletettavaa.

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voi kuvailla yleiskatsaukseksi, ilman tarkkoja sääntöjä (Salminen 2011, 6). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on prosessi, joka sisältää yleensä tutkimusmateriaalin etsimisen, tekstiaineiston synteessin ja analyysin olemassa olevan tutkimuksen kontribuution näyttämisen. Sen kysymyksenasettelu on useimmiten laaja ja se saattaa muodostua erilaisista rajauksista. (Suhonen ym. 2016, 9.)

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston valinnassa korostuvat sen ymmärtämiseen tähtäävä, aineistolähtöinen luonne. Valittaessa aineistoa huomioidaan, miten alkuperäistutkimukset vastaavat tutkimuskysymykseen täsmentäen, kritisoiden tai avaten tutkimuskysymystä. Aineiston riittävyttä määrää tutkimuskysymyksen laajuus. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 295.) Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa ei ole yksimielisesti määritetty aineiston hankintaprosessia, mutta Kangasniemi ym. (2013, 295) kuvaavat aineiston valintaa implisiittiseksi tai eksplisiittiseksi. Kun tutkimuskysymys on selvillä, valitaan seuraavaksi kirjallisuuskatsauksen toteuttamisen menetelmät. Näitä ovat esimerkiksi hakutermien miettiminen ja valinta sekä erilaisten tietokantojen valinta. (Johansson 2007, 6.)

4.3 Aineiston valinta ja hankinta

Tässä opinnäytetyössä käytetään eksplisiivistä aineiston hankintaa. Kangasniemi ym. (2013, 296) viittaavat Paniguaan, jonka mukaan eksplisiittisessä aineiston kokoamisessa hakuja tehdään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoin sähköisesti eri tietokannoista ja manuaalisesti lehdistä, hyödyntäen aineistojen kieli- ja aikarajoituksia. Toisaalta kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valinnassa arvostetaan aikaisempien tutkimusten sisällöllistä valintaa, eli aikaisemman aineiston ja tutkimuskysymyksen reflektointia, jolloin niin tutkimuskysymys, kuin siihen valittu aineisto mukautuvat koko tutkimusprosessin ajan (sama, 296).

4.3.1 Hakusanat

Lehtiö ja Johansson (2016, 36) viittaavat Bettany-Saltikoviin aiheen pilkkomisessa haettavaksi kokonaisuudeksi PICO-menetelmää käyttäen. Sen avulla voidaan tunnistaa tutkimuskysymyksen osia. PICO muodostuu sanoista: *patient, intervention, comparison ja outcome*, eli suomeksi: *potilasryhmä, mielenkiinnon kohde, konteksti/vertailu ja lopputulosmuuttujat* (sama, 36). Tässä opinnäytetyössä potilasryhmällä tarkoitetaan lisääntymisikäisiä, lapsettomia, ylipainoisia naisia. Mielenkiinnon kohteena on potilasryhmän ohjaaminen.

Tutkimusta suunnitellessa, hakusanoja haettiin 4. maaliskuuta 2017 FINTO:n YSA, yleisestä suomalaisesta asiasanastosta. Asiasanahaussa selvisi kuitenkin, että opinnäytetyön aineiston hankinnan kannalta keskeisimmillä termeillä on paljon synonyymejä. Tämän vuoksi opinnäytetyössä päädyttiin käyttämään vapaasanahakua, joka vaikutti relevantimmalta aineiston hankinnassa. Lisäksi

5. maaliskuuta 2017 termejä ja niiden käännöksiä haettiin MOT kielikoneesta. Hakusanoiksi alustavien hakujen, aiheeseen tutustumisen ja asiasanahaun pohjalta muodostuivat taulukossa 2 esitelty termit. Näistä sanoista muodostettiin lopulliset hakulausekkeet.

TAULUKKO 2. Hakutermit aineiston hankintaan.

OR	AND	OR	AND	OR
Ylipaino		Infertiliteetti		Ohjaus
Lihavuus		Lapsettomuus		Neuvonta
Obesiteetti		Hedelmättömyys		Ohjauskeinot
				Potilasohjaus
				Hoidonohjaus
Obese		Infertile		Guidance
Obesity		Infertility		Counseling
Overweight		Childless		Counselling
High body mass index		Childlessness		

4.3.2 Aineiston valintakriteerejä ja hakeminen

Haun rajauksia on hyvä suunnitella ennen hakutulosten läpikäymistä. Kaikissa tietokannoissa kannattaa käyttää samankaltaisia rajauksia, jotta haku on mahdollisimman samankaltainen. (Lehtiö & Johansson 2016, 51.) Erilaisia aineiston valintaan liittyviä kriteerejä on esitelty taulukossa 3. Rajauksia opinnäytetyön aineiston hankinnassa ohjasivat kielet, julkaisujen tuoreus ja luotettavuus.

TAULUKKO 3. Valintakriteerit opinnäytetyöhön valituille julkaisuille.

MUKAANOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
Tutkimus vuosilta 2012-2017	Ennen vuotta 2012 julkaistut tutkimukset
Vertaisarvioitu/tieteellisesti luotettava	Riittämätön tieteellinen luotettavuus
Luotettava lähde	Epäluotettava lähde

Suomen- tai englanninkielinen	Muu kuin suomen- tai englanninkielinen
Sisällön vastaavuus tutkimuksen kannalta	Otsikko, tiivistelmä tai sisältö ei vastaa tutkimuksen tarpeita
Maksuton	Maksullinen
Valmis julkaisu/tutkimus	Työ on keskeneräinen/lopputulos ei ole selvillä
Koko teksti saatavilla	Vain osia julkaisusta saatavilla

Alustavien hakujen perusteella, opinnäytetyön tietokannoiksi valikoituivat BioMed Central, EBSCOhost (CINAHL & Academic Search Elite), Cochrane Library, Melinda, Medic, ProQuest ja PubMed. Tiedonhaun opettelussa ja tietokantojen käytössä opinnäytetyön tekijää ohjasi Oulun ammattikorkeakoulun kirjaston informaatikko Satu Rantahalvari. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku suoritettiin maaliskuussa 2017. Tiedonhaussa käytettyjä hakupaikkoja, hakusanoja, rajauksia ja artikkeleiden määriä on eritelty taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Tiedonhaun erittely.

Hakupaikka	Hakusanat	Haun rajaukset	Hakua vastaavat tutkimukset	Tarkasteluun kriteerien ja otsikon mukaan valitut tutkimukset	Tarkasteluun tiivistelmän jälkeen valitut tutkimukset	Opinnäytetyöhön mukaan valitut tutkimukset
BioMed Central	(obesity OR obese OR overweight) AND (infertil* OR childless*) AND (guidance OR counseling OR counselling)		132	7	2	0
EBSCOhost (CINAHL & Academic)	obesity OR obese OR overweight OR "high body mass index" AND infertility OR infertile OR	Vuodet 2012-2017, koko teksti & tieteellisesti vertaisarvioitujen tekstien	6	3	2	1

Search Elite)	childless* AND guidance OR counseling OR counseling					
Cochrane Library	obesity OR obese OR overweight OR "high body mass index" AND infertility OR infertile OR childless* AND guidance OR counseling OR counseling	Julkaisuvuosi välillä 2012-2017, avainsanat löytyvät joko otsikosta, tiivistelmästä tai avainsanoista	3	1	0	0
Melinda	ohja? OR neuvonta OR ohjauskeino? OR potilasohja? OR hoidonohja? OR guidance OR counselling OR counseling AND obese? OR obese? OR overweight OR ylipaino? OR lihavuu? AND infertilit? OR childless? OR lapsettomuu? OR hedelmättömy?	Julkaisuvuosi 2012-2017, ei peräkkäiset sanat, opinnäytteet (väitöskirjat, lissensiaatintyöt, gradut ja diplomityöt), vain e-aineisto	0	0	0	0
Medic	obes* obese* overweight ylipaino* lihavuu* AND infertilit* childless* lapsettomuu* hedelmättömy* AND ohja* neuvonta ohjauskeino* potilasohja* hoidonohja* guidance counselling counseling	Vuosiväli 2012-2017, kaikki kielet, kaikki julkaisutyytit	1	0	0	0
ProQuest	(obese OR obesity OR overweight OR "high body mass index") AND (infertility	Julkaistu vuonna 2012 tai jälkeen, koko teksti, vertaisarviointi	28	6	1	1

	OR infertile OR childlessness OR childless) AND (guidance OR coun- selling OR counsel- ing)					
PubMed	obesity OR obese OR overweight OR "high body mass in- dex" AND infertility OR infertile OR childless* AND guid- ance OR counsel- ling OR counseling	Ilmainen koko teksti, 5 vuoden sisäinen jul- kaisu, avainsa- nat löytyvät otsi- kosta tai tiivistel- mästä	8	2	1	1
YHTEENSÄ			178	19	6	3

Opinnäytetyöhön valittiin lopulta kolme tutkimusartikkelia. Nämä kolme tutkimusta on tiivistetty kes-
keisten tietojen osalta taulukkoon (liite 1).

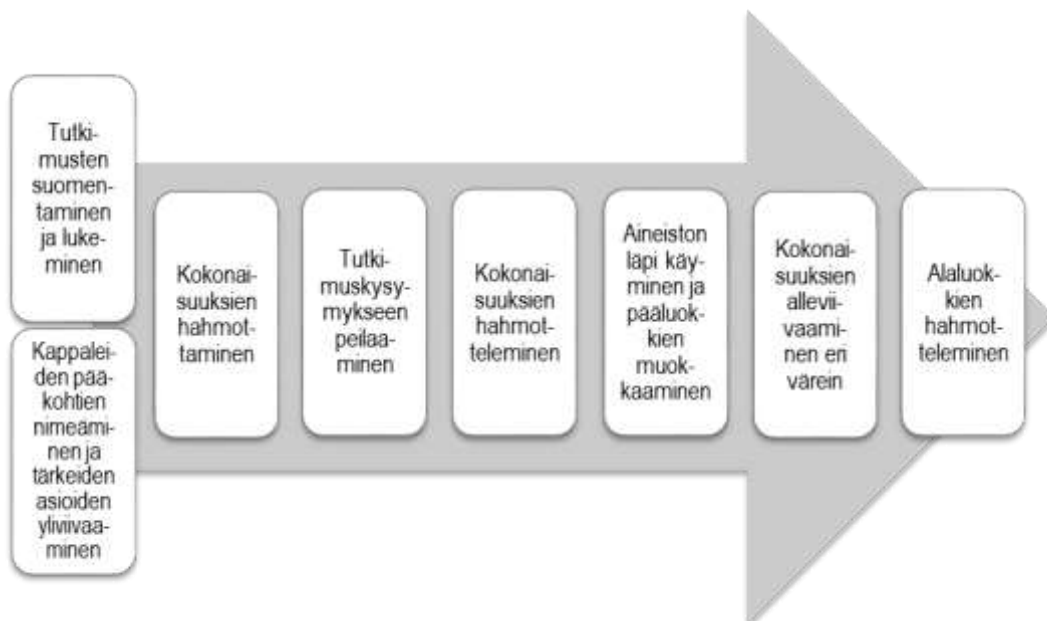
4.4 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysin tavoitteena on ilmiön kattava, mutta tiivis havainnollistaminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166). Kylmä ja Juvakka (2007, 113) viittaavat Kohlbacheriin ja koros-
tavat sisällön analyysissä keskeiseksi erottaa sisällöllisiä väittämiä, jotka osoittavat jotain tutkitta-
vasta ilmiöstä. Niela-Vilén ja Hamari (2016, 30) viittaavat muun muassa Aveyardiin ohjatessaan
aloittamaan analyysin kuvaamalla eri tutkimusten tärkeät sisällöt; kirjoittajat, julkaisuvuodet ja -
maat, tarkoitukset, asetelmat, aineistonkeruumenetelmät, kohdejoukot, otokset, päätulokset, vah-
vuudet ja heikkoudet. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 166) viittaavat Catanzarroon lue-
tellessaan sisällönanalyysin vaiheiksi analyysiyksikön valinnan, valittuun aineistoon perehtymisen,
sen pelkistämisen, luokittelun ja tulkinna sekä luotettavuuden arvioinnin.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Juuri aineistolähtöinen eli in-
duktiivinen sisällönanalyysi on ollut hoitotieteessä teorialähtöistä sisällönanalyysiä yleisempää
(Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167). Vilkkä (2015, 163) viittaa Tuomeen ja Sarajärveen
esittäessään aineistolähtöistä sisällönanalyysiä ja sen tavoitetta tunnistaa aineistosta esimerkiksi

jokin toiminnan logiikka. Sen jälkeen tutkija jatkaa tutkimusaineiston tiivistämisellä eli pelkistämällä, eli hän karsii aineistosta epäoleellisen tiedon, mutta säilyttää merkittävän informaation. Tutkimuskysymys ohjaa tiivistystä. Sitten uusi kokonaisuus ryhmitellään etsittävän kohteen mukaisesti. Lopuksi jokainen ryhmä nimetään sitä kuvaavalla yläkäsitteellä ja näin ryhmittelystä syntyy luokitteluja, käsitteitä tai teoreettinen malli. Tämän saadun lopputuloksen avulla pyritään ymmärtämään tutkittua merkityskokonaisuutta. (Vilka 2015, 163-164.)

Tämän opinnäytetyön sisällönanalyysi lähti liikkeelle valittujen tutkimusten suomentamisella, samalla tärkeitä huomioita yksivärisesti alleviivaten. Saman aikaisesti tulostettujen tutkimusten reunoille kirjoitettiin kappaleiden sisältämiä pääkohtia, jotta tiedon löytäminen eri tutkimuksista helpotuisi. Näin tutkimusten sisältämät suuremmat kokonaisuudet alkoivat hahmottua. Suomennosten ja tutkimusten lukemisen yhteydessä muodostui ensimmäinen käsitys tutkimusten sisältämästä tiedosta. Samalla tutkimusten tietoa peilattiin tutkimuskysymykseen, joka muokkautui sisällönanalyysissä ohjausta painottavammaksi. Kokonaisuuksia alettiin hahmotella tulososiossa esitettävään taulukkoon (taulukko 5). Sen jälkeen aineistoa käytiin vielä läpi ja pääluokat muuttuivat enemmän tutkimuskysymykseen vastaaviksi. Seuraavaksi tulostettuja tutkimuksia käytiin läpi alleviivaten kokonaisuuksia eri värisillä yliviivaustusseilla, jolloin tutkimusten tulosten analysoiminen ja kirjoittaminen helpottuivat. Tämän jälkeen kokonaisuuksia, taulukossa 5 esitettyjä pääluokkia käsiteltiin yksitellen ja niistä muodostuivat alaluokat pääluokkien alle. Kuviossa 3 on esitetty sisällönanalyysin etenemistä.



KUVIO 3. Sisällön analyysin eteneminen.

5 TULOKSET

Tuloksissa vastataan opinnäytetyön tutkimuskysymykseen: miten terveydenhuoltoalan ammattilainen voi ohjata lapsetonta, ylipainoista, fertiili-ikäistä naista kohti raskautta? Kysymykseen on pyritty vastaamaan erilaisin, analyysissä esiin nousseiden pääluokkien kautta, joiden pohjalta kapalejako on tehty.

5.1 Ylipaino ja lapsettomuus

Hamzehgardeshin, Shahhosseinin ja Keshvarin (2015, 18) johtopäätöksissä on kerrottu elämäntapojen, mukaan lukien fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja hengellisen ulottuvuuden, olevan yhteydessä ihmisen yleiseen terveyteen ja lisääntymisterveyteen, kuitenkin huomioiden, että elämäntavat ovat muuttuvia tekijöitä. Yleensä tulokset osoittavat, että epäterveellinen elämäntapa vaikuttaa epäsuotuisasti follikkelinesteen oksidantteihin, oosyyttien määrään ja laatuun, hedelmöitymisasteeseen sekä alkuiden laatuun (Hamzehgardeshi ym. 2015, 14).

Hamzehgardeshi ym. (2015, 15) viittaavat Sunnunghamiin ja muihin pohtiessaan lihomisen kasvattavan insuliiniresistanssia, mikä puolestaan vaikuttaa munasarjoihin ja alentaa hedelmällisyydestä. Lihominen voi johtaa monenlaisiin muutoksiin, kuten Sex Hormone Binding Globulin eli SHBG:n alentumiseen tai C-reaktiivisen proteiinin muutoksiin. Nämä muutokset ovat kuitenkin todennäköisesti palautuvia. 10,2 kilogramman laihduttaminen aloittaa ovulaation 90% anovulaatiosta kärsineillä naisilla. (Hamzehgardeshi ym. 2015, 15.)

Sbouchi, Hovmand, Osgood, Dyck ja Jungheim (2014, 1241) osoittavat mallissaan, että lihavuus, painonpudotus ja hedelmällisyys edustavat monimutkaista, eri tekijöistä koostuvaa systeemiä, joka voi vuorovaikutuksessa muihin valintoihin muuttua yhä uudelleen. Lihavuus ennen raskautta voi liittyä lapsettomuuteen ja lisäksi lapsettomuushoitojen, hedelmöityshoidot mukaan lukien, käyttöön. Ennen raskautta oleva lihavuus voi olla yhteydessä anovulaatioon ja siten epäsäännöllisiin kuumakautiskiertoihin. Raskautta edeltävä ylipaino voi olla yhteydessä myös munasarjojen monirakkulaoireyhtymään. Ennen raskautta olevan ylipainon ja lapsettomuuden välillä on yhteys; mitä enemmän nainen on ylipainoinen, sitä pienempi todennäköisyys on tulla raskaaksi (sama, 1241).

Painoa pudottamalla ylipainoinen munasarjojen monirakkulaoireyhtymää sairastava nainen alkaa todennäköisesti jälleen ovuloida spontaanisti. 5% painon pudottaminen vaatii kuitenkin huomattavan määrän aikaa. Sinä aikana, kun nainen pudottaa painoaan, hänen ikänsä lisääntyy, vaikuttaen negatiivisesti oosyyttien laatuun. Toisaalta, mikäli nainen valitsee olla laihduttamatta merkittävästi, hän kohtaa todennäköisesti kasvavan lihavuuden ja siihen liittyviä riskejä, ajan kuluessa. (Sabouni ym. 2014, 1240.)

5.2 Fertiili-ikäisen, lapsettoman, ylipainoisen naisen ohjaaminen

Tässä opinnäytetyössä fertiili-ikäisten, ylipainoisten, lapsettomien naisten ohjaaminen on luokiteltu kolmeen pääluokkaan; ohjaamisen keinoihin, painon vähentämiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Jaottelussa pääluokkia seuraavat alaluokat, jotka on edelleen ryhmitelty pienempiin osiin. Pää- ja alaluokat on esitelty taulukossa 5.

TAULUKKO 5. Fertiili-ikäisen, ylipainoisen, lapsettoman naisen ohjaamisen luokittelu.

PÄÄLUOKAT	ALALUOKAT	ALALUOKKIEN RYHMITTELY
Ohjaamisen keinot	Mallipohjat	Järjestelmädynamiikkamalli
		Motivoiva keskustelu
	Tavoitteet	Painonpudotus
Painon vähentäminen	Fyysinen aktiivisuus	Liikuntalajit
		Liikuntasuoritusten kesto
		Liikuntasuoritusten määrä
	Ravitseminen	Kilokalorimäärät
		Ravintoaineet
Psyykkinen hyvinvointi	Motivoiminen	
	Psyykkinen tukeminen	

5.3 Ohjaamisen keinot

Ohjaaminen oli tärkeässä roolissa kaikissa tutkimuksissa. Kahdessa tutkimuksessa esitettiin keinoja, joilla lapsettomia ja ylipainoisia naisia voidaan ohjata kohti raskautta. Tutkimuksissa asetettiin terveyden näkökulmasta tavoitteita painon laskun suhteen.

Sabounchin, Hovmandin, Osgoodin, Dyckin ja Jungheimin tutkimuksessa luotiin systeemidynaaminen malli osoittamaan, miten ylipainoiset, raskautta miettivät naiset kohtaavat riskejä. Malli yhdistää määrällisesti tärkeiden fyysisten, sosiaalisten ja sukupuolisidonnaisten tekijöiden vaikutukset lihomiseen. Malli tarjoaa lisäksi kehykset tulevaisuuden päätöksenteolle ja voi olla avuksi naisille, jotka tekevät tärkeitä päätöksiä. Systeemidynaaminen malli havainnollistaa lukuisia uudenlaisia käsityksiä, jotka voivat olla tärkeitä näkökulmia lihavuuden epidemialle. (Sabounchi ym. 2014, 1245.) Systeemidynaamisessa mallissa on esitetty esimerkiksi: ennen raskautta oleva lihavuus liittyy heikentyneeseen hedelmöitykseen ja lisäksi hedelmöityshoitojen käyttöön. Hedelmöityshoidot ovat yhteydessä lisääntyneeseen monikkoraskauksien riskiin, joka saattaa johtaa raskaudenaikaisen vähentyneen fyysisen harjoittelun seurauksena lisääntyneeseen painon nousuun, ollen näin yhteydessä korkeampaan todennäköisyyteen sektiosynnytyksestä ja myötävaikuttaen äitiysaikaiseen lihavuuteen. Mallissa on myös esitelty, miten ennen raskautta oleva lihavuus voi viivyttää raskauden huomaamista ja siten viivyttää pääsyä raskaudenaikaiseen hoitoon ja nostaa näin raskausajan painonnousua. (sama, 1241-1242.)

Mahoney (2014, 301) käytti tutkimuksensa ohjaustapaamisissa motivoivaa haastattelua, aktivoiden ja voimaannuttaen jokaisen osanottajan omia motivaatioita, arvoja ja voimavaroja. Hän viittaa Rollnickiin ja muihin kuvatessaan esimerkkejä muutospuheesta, kuuden erilaisen teeman kautta: halu, kyky, syyt, tarve, sitoutuminen ja askeleiden ottaminen. Osallistujat aikataulutettiin ohjaustapaamisiin kahden viikon välein. (Mahoney 2015, 303-304.)

Sabounchin, Hovmandin, Osgoodin, Dyckin ja Jungheimin tutkimuksen skenaariossa painonlaskutavoitteeksi asetettiin 5% painon pudottaminen, hedelmällisyyden lisäämiseksi. Samoin Mahoneyn (2012, 306) tutkimuksen tavoitteena oli osallistujien 5% painon laskeminen, jonka uskottiin positiivisesti vaikuttavan tuloksiin.

5.4 Painon vähentäminen

Painon vähentämiseen liittyen fyysistä aktiivisuutta sivuttiin konkreettisesti kahdessa tutkimuksessa. Laihduttamiseen yhteydessä olevaa ruokavaliota ja sen yksityiskohtia sivuttiin myös kahdessa tutkimusartikkelissa.

Painoindeksi suositellaan pitämään 20-25 kg/m² välillä (Hamzehgardeshi, Shahhosseini & Keshvar 2015, 13). Mahoneyn (2014, 305) tutkimuksen osallistujien painoindeksi laski keskiarvoisesti luvusta 44,0 kg/m² lukuun 43,3 kg/m². Tutkimuksessa pyrittiin 5% painonpudotukseen, mutta esitettiin mahdollisuus myös vaatimattomamman painon vähentämisen voivan tarjota lisääntymiskyvyn ja aineenvaihdunnan etua naisille (Mahoneyn 2012, 306). Kattavaa terveellisten elämäntapojen ohjausohjelmaa suositellaan lapsettomuushoitokeskuksiin ja niiden harjoittelua eri opiskelijavuosina, yhteiskunnan terveysohjelmissa (Hamzehgardeshi ym. 2015, 19).

5.4.1 Fyysinen aktiivisuus

Sabounchi ym. (2014, 1244) esittelemässä simulaatioskenaariossa esiteltiin muutoksia fyysisen aktiivisuuden ja erilaisten painonpudotusten välillä, liittyen painonpudotuksen ja hedelmällisyyden yhteyteen. 10% laihduttamiseen liittyi fyysisen aktiivisuuden muutos; kolmesti viikossa 20 minuutin mittainen kevyt kävely. 25% painon vähentämiseen liittyi muutos; viidesti viikossa 20 minuutin mittainen kevyt kävely ja kolmesti viikossa keskitasoinen juoksu 15 minuutin ajan. 36% painonpudotukseen liittyi skenaariossa fyysisen aktiivisuuden muutos; viidesti viikossa kevyt 30 minuutin mittainen kävely ja kolmesti viikossa kevyt juoksu 25 minuutin ajan. (Sabounchi, Hovmand, Osgood, Dyck ja Jungheim 2014, 1244.)

Mahoneyn (2014, 305) tutkimuksessa tutkittiin elämäntapojen muutosten yhteyttä hedelmällisyyteen ja sen tuloksissa eriteltiin tutkittujen; ylipainoisten, lapsettomien, munasarjojen monirakkulaoireyhtymää sairastavien naisten fyysisen aktiivisuuden muutosta elämäntapaohjauksen aikana. Fyysistä aktiivisuutta laskettiin PA screener -vastauksista. Elämänmuutoksen aikana reippaan kävelyn määrä nousi osallistujilla muutamasta kerrasta kuukaudessa, neljästä viiteen kertaa viikossa. Kävelyn kestossa ei huomattu merkittävää eroa. Harjoittelussa kuntosalilla tai kotona tapahtui muutoksia harvoin tapahtuvasta harjoittelusta muutamaan kertaan kuukaudessa, mutta sen kestossa ei tapahtunut elämäntapamuutoksen aikana merkittävää muutosta. Tutkimuksen aikana osallistujat

näyttivät huomattavan fyysisen aktiivisuuden kertojen lisääntymisen. He raportoivat myös tarkoituksesta edelleen lisätä liikuntaa määrällisesti ja kestollisesti. (Mahoney 2014, 305-306.) Mahoney (2014, 306) viittaa Thomsoniin ja muihin pohtiessaan osoitettua liikunnan lisäämisen parantavaa vaikutusta lisääntymisfunktioihin ja kehonkoostumukseen ei-ovuloivilla naisilla, joilla on munasarjojen monirakkulaoireyhtymä.

5.4.2 Ravitsemus

Mahoneyn (2014, 305) tutkimuksessa koehenkilöiden ruokavalion kilokaloreissa tapahtui merkittävä muutos, niiden päivittäisen määrän laskiessa keskimäärin 2430 (± 1151) kilokalorista 1078 (± 453) kilokaloriin, edustaen merkittävää 1352 kilokalorin vähennystä. Myös päivittäisen syödyn hiilihydraattien ja rasvan määrä laski merkittävästi. Päivittäisessä leivän, lihan ja pikaruuan syönnissä tapahtui myös merkittävää vähentymistä. Silti merkittävää muutosta ei tapahtunut päivittäisten vihannesten, hedelmien tai maitotuotteiden annoksissa. (Mahoney 2014, 305.) Tutkittavia oli yksilöllisesti ohjattu muun muassa kilokalorien ja tyydyttyneen rasvan vähentämisessä, ruokakategorioissa, annos- ja tarjoilukoissa, matalan glykemiasindeksin ruuissa, ruuan ostossa ja valmistelussa sekä antaen Yhdysvaltain maatalousministeriön (USDA) terveellisen ruokailun oppaan. Ohjaustapaamisten aiheet sisälsivät muun muassa kasvien kokkausohjeita, matalarasvaisia reseptejä ja terveellisiä välipaloja. (Mahoney 2014, 303-304.)

Hamzehgardeshin, Shahhosseinin ja Keshvarin tutkimuksessa ylipaino ja ravinto yhdistettiin munasarjojen vaikutuksen vasteeseen, hermostollisiin munajohdin vikoihin, oligomenorreaan ja amenorreaan. Ohjauskeinoksi annettiin hedelmien ja vihannesten sekä tyydyttymättömän rasvan käyttö. (Hamzehgardeshi, Shahhosseini & Keshvar 2015, 13.) Hamzehgardeshi, Shahhosseini ja Keshvar (2015, 15) tuovat pohdinnassa esiin kasviproteiinien ja tyydyttymättömän rasvan käytön, hiilihydraattien, eläinproteiinien ja transrasvojen sijaan.

5.5 Psyykinen hyvinvointi ja motivoiminen

Lapsettomuus vaikuttaa perheeseen ja yhteisöön. Hoitoprosessi voi olla stressaava, pitkä ja aiheuttaa suuri taloudellisia rasituksia. Tästä syystä kattava elämäntapojen terveydellinen ohjaaminen lapsettomuushoitokeskuksessa olisi suositeltava. (Hamzehgardeshi, Shahhosseini & Keshvar 2015, 18.)

Mahoneyn (2012, 306) käyttämää motivoivaa haastattelua yhdistettiin ohjaustapaamisiin, parantamaan osallistujien motivaatiota tutkimukseen. Motivoivaan haastatteluun kuuluvia muutospuheen vaiheita olivat: halu, kyky, syyt, tarve, sitoutuminen ja askeleiden otto. Muutospuheesta on annettu konkreettisia esimerkkejä, kuten: halu – ”haluan harjoitella enemmän tullakseni terveeksi”, syy – ”minun pitää muuttaa elämäntapaani laihtuakseni ja tullakseni raskaaksi”, askeleiden otto – viime viikolla harjoittelin neljänä päivänä 30 minuuttia”. (Mahoney 2012, 303.)

Motivoivan haastattelun suunnitelmat yhdistettiin ohjaustapaamisiin parantamaan osallistujien motivaatiota tutkimuksen suhteen. Motivoivan haastattelun uskottiin aktivoivan osallistujia osallistumaan omatoimiseen, terveyttä parantavaan käyttäytymiseen. Tästä huolimatta osallistujat kertoivat kohtaavansa vaikeuksia hoitomyöntyvyydessä ruokavalion ja liikunnan suhteen, riippumatta tiedossa olevien yleisen terveyden ja hedelmällisyyden eduista. Motivoivan haastattelun tapaamiset kehittivät ”muutospuhe”-ilmiötä tukemaan ylimääräisten kaloreiden ottamatta jättämistä, mikä tapahtui tutkimuksen päätyttyä. (Mahoney 2012, 306.)

6 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, miten fertiili-ikäisiä, ylipainoisia, lapsettomia naisia voidaan terveydenhuollon ammattilaisten toimesta ohjata, kohti parempaa todennäköisyyttä tulla raskaaksi. Aihe on ajankohtainen ylipainoisten ihmisten ja lapsettomuuden lisääntyessä. Opinnäytetyöhön valittiin tiedonhaun perusteella kolme tutkimusartikkelia, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen.

Tavoitteena opinnäytetyössä oli, kehittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla saadun tiedon pohjalta lapsettomien, ylipainoisten naisten neuvontaa ja antaa valmiuksia kehittää tätä ohjausta. Päämääränä oli, että opinnäytetyössä tuotettua tietoa voitaisiin hyödyntää myös preventiivisesti hedelmällisyysneuvonnassa sekä hoitotyön koulutuksessa. Toiveena oli myös löytää mielenkiintoisia jatkotutkimuskohteita. Olisi upeaa, että opinnäytetyön aihepiiri toisi uutta näkökulmaa hedelmällisyysneuvontaan ja siihen alettaisiin kiinnittää entistä enemmän huomioita osana seksuaalikasvatusta.

6.1 Johtopäätökset ja tulosten tarkastelu

Yhdessäkään tutkimuksessa ei tuotu esiin ylipainoisen painonpudotuksen haittoja. Kaikissa opinnäytetyössä esitellyissä tutkimuksissa nostettiin esiin painonpudottamisen tärkeys, jotta raskauden mahdollisuus olisi suurempi.

Painonpudotus vie kuitenkin aikaa ja samalla nainen ikääntyy, jonka vuoksi hänen hedelmällisyytensä laskee. Tästä syystä on tärkeää, että nainen on motivoitunut painonpudotukseen ja häntä ohjataan oikein kohti raskautta. Onkin tärkeää, että nuoria naisia informoidaan ja ohjataan tarpeeksi ajoissa elämäntapojen mahdollisesta vaikutuksesta lapsettomuuteen. Kuitenkin lyhyessäkin ajassa voidaan saada muutoksia aikaan, kuten Mahoneyn (2012, 305) tutkimuksessa, jossa 12 viikon laihduttamiseen tähdänneen ohjauksen jälkeen, 50 prosentille amenorreasta kärsineistä naisista tuli jälleen kuukautiset.

Painonpudottaminen ja sen ohjaaminen ovat myös kustannusten näkökulmasta tehokkaampaa, kuin esimerkiksi hedelmöityshoidot. Painonpudottaminen on yleisesti ajateltuna myös suhteellisen

riskitöntä ja huomattavasti ylipainoisten tapauksissa kokonaisvaltaista terveyttä edistävää. Kuten Sabounchin, Hovmandin, Osgoodin, Dyckin ja Jungheimin (2014, 1241, 1244) tutkimuksen malli ja skenaariot osoittivat, voi ylipainoisuus aiheuttaa naisen terveydelle epäsuotuisia vaikutuksia ketju-reaktiossa.

Painonpudotukseen voidaan vaikuttaa fyysistä aktiivisuutta kasvattamalla ja sopivan kokoisia, terveellisiä ravintovalintoja tekemällä. Tässä opinnäytetyössä ei haluttu kuitenkaan keskittyä erityisen yksityiskohtaisiin ravinto-ohjeisiin tai liikunta-alaan, sillä pääpaino oli hoitotyön näkökulmasta ohjaamisessa.

Tutkimuksia aiheesta on tähän mennessä suhteellisen vähän. Sbounchi ym. (2014, 1240) viittaavat Ipiin ym. ja Hammondiin, esittäessään pienelle tutkimusmäärälle syytä tosielämän tilanteiden haastavuudesta toteuttaa, sillä painonpudotukselle saattaa olla huono hoitomyöntyvyys ja aikaa kliinisesti merkittävälle painonpudotukselle tarvittaisiin paljon, resurssien ollessa rajallisia.

Tärkeänä tuloksena voidaan myös pitää sitä, ettei lapsettomille, ylipainoisille, fertiili-ikäisille naisille löytynyt tässä opinnäytetyössä selkeitä yksittäisiä ohjauksen linjoja. Tutkimuksessa mainittiin siitä, että elämäntapojen ohjaus on esimerkiksi taloudellisesti tehokas hoitomuoto. Myös tämän vuoksi aihetta olisi hyvä tutkia enemmän ja suunnata tutkimusta yhä konkreettisempien neuvojen antamiseen.

6.2 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessi alkoi loppusyksystä 2016 toisen työtä ohjanneen opettajan tapaamisessa. Sen jälkeen tutustuin pitkään erilaisiin materiaaleihin, luin tutkimuksia, opinnäytetöitä, artikkeleita ja kirjallisuutta opinnäytetyön aiheeseen liittyen. Opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa kokosin teorial tietoa ja suunnittelin opinnäytetyötä. Suunnitelma valmistui lopulliseen muotoonsa maaliskuun 2017 alussa. Sen jälkeen tutkimuksen suuntaa muutettiin enemmän hoitotyöhön sopivaksi ja ohjausta painottavammaksi. Opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa työn ohjaajat toivoivat työn suuntautuvan enemmän kohti hoitotiedettä ja -työtä, pois lääketieteestä. Tähän samaan ajatukseen nojautuen, opinnäytetyöhön ei haluttu kerätä esimerkiksi laihdutusneuvoja, sillä työtä ei tehty liikuntatieteelliseen tai ravitsemustieteen alalle.

Opinnäytetyöhön valikoitui haun jälkeen kuusi kansainvälistä artikkelia, joita suomentaessa meni paljon aikaa. Kaksi artikkelia kuitenkin karsiutui pois, sillä niissä tutkimusprosessi ei vielä ollut valmis. Kolmas artikkeli karsiutui pois, koska se ei tyyliltään lopulta sopinut tutkimukseksi. Näistä tutkimuksista tulee varmasti tärkeitä aiheeseen liittyviä tiedonlähteitä, niiden valmistuttua. Tämä kaikki tapahtui rinnakkain sisällön analyysin kanssa. Lopullisen tulososion kirjoittaminen tuntui hieman haastavalta, sillä tutkimuksia karsiutui lopullisesta työstä pois odotettua enemmän. Opinnäytetyö valmistui lopulliseen muotoonsa noin puolen vuoden aikana, valmistuen kevään 2017 aikana.

Opinnäytetyön päämääränä oli kasvattaa sen tekijän henkilökohtaista hoitotyön osaamista eri aihealueista; ohjaamisesta, lisääntymisterveydestä, lapsettomuudesta ja ylipainoon liittyvistä ongelmista. Opinnäytetyössä käytettiin tieteellisesti laadukasta tietoa, jonka hakemisen opetteleminen ja tulkitseminen kasvattivat opinnäytetyön tekijän osaamista ja asiantuntijuutta kohti kättilön ammattia, tavoitteiden mukaisesti. Ammattitaito laajeni myös tutkimustyön kautta. Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen lisäsi opinnäytetyön tekijän tuntemusta tieteellisestä työskentelystä. Kirjallisuuskatsauksen kautta tietoa karttui esimerkiksi tutkimusten tekemisestä, tutkimuslajeista ja tilastoinnin menetelmistä. Opinnäytetyössä oli paljon tehtävää; noin 400 työtuntia, joten suuren projektin läpivieminen kasvatti tekijää suuren tietomäärän ja projektin hallitsemisessa ja toteuttamisessa. Olisi upeaa, että välillisesti tämän opinnäytetyön kautta, jonkun perheen toive lapsesta olisi helpommin toteutuva.

Mikäli tutkimuksia olisi ollut enemmän, olisi suuremman tutkimusmäärän kanssa saanut kattavammin esimerkiksi tulosten vertailua. Tietynlaisena tuloksena voinee kuitenkin myös pitää sitä, ettei aihetta ole konkreettisesti vielä paljon tutkittu. Tutkimusten läpikäymisen ja prosessin myötä, opinnäytetyön tekijä kokee kehittyneensä tieteellisen prosessin läpikäymisessä ja näin ollen opinnäytetyön yksi tärkeimmistä tehtävistä täytyynee. Olihan yhtenä tärkeänä toiveena kehittyä ammatissa, saada tietoa mielenkiintoisista, kättilötyölle tärkeistä aiheista ja kasvattaa ammatillista osaamista.

6.3 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksissa pyritään karttamaan virheiden syntymistä. Siitä huolimatta tutkimustulosten luotettavuudet vaihtelevat. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan täsmällinen selostus tutkimuksen eri vaiheista ja sen toteuttamisesta. Laadullisen tutkimuksen materiaalin analyysissä tärkeää on luokitteluiden tekeminen. Tulosten tulkinnessa tärkeää on perusteiden esittäminen.

(Hirsjärvi ym. 2015, 231-233.) Tutkimussuunnitelmassa kannattaa tuoda ilmi myös eettisyyteen ja luotettavuuteen liittyvät seikat omassa opinnäytetyössä. Mitkä ovat mahdollisia uhkia opinnäytetyön eettisyydelle ja luotettavuudelle? (Kylmä & Juvakka 2007, 67.)

Tekijän pyrkimyksenä oli tehdä mahdollisimman hyvä työ, mitä voidaan pitää luotettavuudelle hyvänä lähtökohtana. Tutkimuksen tekijällä ei ollut henkilökohtaista yhteyttä aihepiiriin, vaan lähtökohtana oli aito kiinnostus aihetta kohtaan, eli eettisesti ajateltuna tutkimustilanne oli tältä osin mahdollisimman objektiivinen. Luotettavuuteen saattoi vaikuttaa tutkijan kokemattomuus, ensimmäisen tieteellisen työn äärellä; valittiinko aineiston kuvaamiseen ja analysointiin oikeat työskentelytavat? Tarkoituksena oli kuvata tutkimuksen vaiheita mahdollisimman tarkasti, luotettavuuden ylläpitämiseksi ja virheiden välttämiseksi.

Yksi suurimmista haasteista opinnäytetyössä oli rajallinen aika, joka saattoi vaikuttaa myös tutkimuksen luotettavuuteen, esimerkiksi mahdollisten huolimattomuusvirheiden ja kokemattomuuden myötä. Toinen suuri luotettavuuteen vaikuttava tekijä oli tutkimusten vähyys, sillä näiden tutkimusten myötä ei saatu tarpeeksi vertailua, eikä tieteellisesti luotettavien ohjeiden laatimiseen tarvittavaa tutkimuslaajuutta. Termejä mietittiin suunnitteluvaiheessa paljon, esimerkiksi alustavien hakujen avulla. Jälkikäteen ajateltuna termit ”subfertility” ja ”reproductive” esiintyivät tutkimusartikkelissa niin useasti, että ne olisi voinut huomioida myös tiedonhaussa. Tutkimuksen rajauksessa olisi voinut miettiä tarkemmin suhtautumista munasarjojen monirakkulaoireyhtymään, eli PCOS:ään. Nyt kirjallisuuskatsaukseen päädyttiin valitsemaan yksi tutkimus, joka koski ylipainoisia, munasarjojen monirakkulaoireyhtymää sairastavia, lapsettomia naisia. Sairaus rajattiin kuitenkin pois tutkimuskysymyksestä, sillä esimerkiksi kaikilla ylipainoisilla naisilla ei ole tätä sairautta, eikä toisaalta kaikilla PCOS-naisilla esiinny lapsettomuutta.

Opinnäytetyön tekijän puutteellinen kielitaito, saattaa olla myös haaste luotettavuudelle, sillä kaikki tutkimukset olivat englanninkielisiä. Tästä on saattanut seurata tulkintavirheitä, vaikka käännöstyössä pyrittiin olemaan huolellisia. Luotettavuutta saattoi heikentää myös samankaltaisten termien ristikkäiskäyttö. Esimerkiksi ylipaino ja lihavuus luokitellaan eri tavoin, mutta arkikielessä niitä käytetään usein synonyymeinä. Luotettavuuteen saattoivat vaikuttaa myös erilaiset kulttuurierot maiden välillä. Myös rajalliset resurssit, kuten hakukantojen rajautuvuus Oulun ammattikorkeakoulun tarjoamiin mahdollisuuksiin tai yhden tutkijan tekemät tieteelliset valinnat läpi opinnäytetyön, saattoivat heikentää tutkimuksen luotettavuutta.

6.4 Jatkotutkimusaiheet

Haluaisin itse jatkaa aiheen parissa, mielellään laajentaen näkökulmaa, kuitenkin pysyen tahattoman lapsettomuuden ja siihen vaikuttavien elämäntapa- ja terveysvalintojen äärellä. Haluaisin jatkaa ennaltaehkäisevää tutkimustyötä, jota voitaisiin käyttää hyväksi kansallisella tasolla esimerkiksi perusopetuksessa, antaen nuorille motiiveja kohti terveellisempää elämää lapsettomuusnäkökulmasta. Tutkimuksia opinnäytetyön aiheesta ei ole vielä kovin paljon, joten olisi mielenkiintoista toteuttaa suomalainen pitkittäistutkimus ylipainoisten, fertiili-ikäisten, lapsettomien naisten painonpudotuksesta ja raskausmahdollisuuksista sekä koota tietopaketti, jota esimerkiksi lapsettomuuspoliklinikoilla voisi automaattisesti tarjota tämän potilasryhmän asiakkaille.

Toisaalta mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi tarkastella toista ääripäätä ja tutkia, miten nopea laihduttaminen tai erittäin aktiivinen, ammattimainen urheilijaelämä vaikuttavat hedelmättömyyteen. Myös tätä aihepiiriä voisi lähestyä miettien, miten siihen voisi terveydenhuoltoalan ohjauksen näkökulmasta vaikuttaa.

LÄHTEET

Ansamaa, O. 2006. Hedelmättömyyden vaikutus seksuaalisuuteen. Teoksessa D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola (toim.) Seksuaalisuus. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 185–190.

Anttila, L. 2008. Elämäntapojen vaikutus hedelmällisyyteen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 124 (21), 2438–2442.

Anttila, L. 2002. Lapsettomuuden ennaltaehkäisy. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 118 (5), 527–530.

Botha, E. & Ryttyläinen-Korhonen, K. 2016. Naisen hoitotyö. Helsinki: SanomaPro.

Coughlan, M., Cronin, P. & Ryan, F. 2013. Doing a Literature Review in Nursing, Health and Social Care. London: Sage.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

Hamzehgardeshi, Z., Shahhosseini, Z. & Keshvar, S. G. 2015. Lifestyle and Outcomes of Assisted Reproductive Techniques: A Narrative Review. Global Journal of Health Science 7 (5), 11–22.

Heino, A. & Gissler, M. 2016. Hedelmöityshoidot 2014–2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 9/2016. Viitattu 7.12.2016, http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130537/Tr09_16.pdf?sequence=1.

Hippeläinen, M. & Räsänen M. 2002. Lapsettomuuden perustutkimukset. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 118 (5), 497–502.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. 20. painos. Helsinki: Tammi.

Ihme, A. & Rainto, S. 2015. Naisen terveys. 3. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Ilmonen, T. 2006. Seksuaalineuvonta. Teoksessa D. Apter, L. Väisälä & K. Kaimola (toim.) Seksuaalisuus. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 41–59.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset – huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007, 3–9.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4), 291–301.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: SanomaPro.

Klemetti, R. 2015. Tahaton lapsettomuus. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö, raskaus synnytys ja lapsivuodeaika. 6. uudistettu painos. Helsinki: Edita, 371–375.

Klemetti, R., Sihvo, S. & Koponen, P. 2004. Tahaton lapsettomuus ja hedelmöityshoidot. P. Koponen & R. Luoto (toim.) Lisääntymisterveys Suomessa, terveys 2000 -tutkimus. Helsingin: Kansanterveyslaitos, 45-53.

Koivurova, S. 2005. In Vitro fertilization in Northern Finland 1990-1995, Prenatal and early childhood outcome until three years of age. Oulun yliopisto. Lääketieteen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 22.3.2017, <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514277228.pdf>.

Koponen, P., Klemetti, R., Luoto, R., Alha, P. & Surcel, H-M. 2012. Lisääntymisterveys. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 96/2012.

Koskela-Koivisto, T., Juuti, A. & Tiitinen, A. 2012. Lihavuusleikkaus & lisääntymisterveys. Duodecim 128 (3), 259–265.

Kustannus Oy Duodecim. 2016. Fertiili-ikäinen. Viitattu 22.2.2017, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt00844.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Laki hedelmöityshoidoista. 22.12.2006/1237.

Lehtiö, L. & Johansson, E. 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73/2016, 35–55.

Leino-Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus – tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt & R-L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:51/2007, 2.

Lihavuus (aikuiset) (online). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (viitattu 6.3.2017). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 25.4.2017, <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>.

Litmanen, K. 2015. Hormonieritys eri ikäkausina. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kätilötyö, raskaus synnytys ja lapsivuodeaika. 6. uudistettu painos. Helsinki: Edita, 99–100.

Mahoney, D. 2012. Lifestyle modification intervention among infertile overweight and obese women with polycystic ovary syndrome. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 26, 301–308.

Miettinen A. 2017. Lapsettomuus. Viitattu 5.3.2017, http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja/syntyvyys/lapsettomuus/.

Miettinen, A. & Rotkirch, A. 2008. Milloin on lapsen aika? Lastenhankinnan toiveet ja esteet. Helsinki: Väestöntutkimuslaitos.

Miettinen, A. 2011. Äidiksi ja isäksi hedelmöityshoidolla. Helsinki: Väestöntutkimuslaitos.

Morin-Papunen, L. & Koivunen, R. 2012a. Hedelmättömyyden hoidot – osa I. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 128 (14), 1478–1485.

Morin-Papunen, L. & Koivunen, R. 2012b. Hedelmättömyyden hoidot – osa II. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 128 (15), 1568–1575.

Morin-Papunen, L. & Tapanainen, P. 2005. Miten tytön lihavuus lapsuudessa ja murrosiässä heijastuu lisääntymisterveyteen?. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 121 (17), 1899–1907.

Mustajoki, P. 2014. Lihavan potilaan arviointi. Teoksessa J. Jousimaa, H. Alenius, S. Atula, A. Kattainen, H. Pelttari, I. Kunnamo & M. Teikari (toim.) Lääkärin käsikirja. 11. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 118–119.

Mustajoki, P. 2015. Lihavuus. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 8.12.2016, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042.

Männistö, S., Laatikainen, T. & Vartiainen, E. 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 5.3.2017, http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4_lihavuus.pdf?sequence=1.

Oats, J. & Abraham, S. 2017. Llewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology. 10. painos. Elsevier.

Palonen, M. 2016. Päivystyspoliklinikalta kotiutuvien iäkkäiden potilaiden ja heidän läheistensä ohjaus, hypoteettisen mallin kehittäminen. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja. Viitattu 25.4.2017, <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/100058/978-952-03-0277-1.pdf?sequence=1>.

Parviainen, M. 2016. Kun lasta ei kuulu, eri syyt, sama surun kokemus. Kättilölehti 121 (3), 20–21.

Pietiläinen, S. 2015. Kättilö seksuaaliterveyden asiantuntijana. Teoksessa U. Paananen, S. Pietiläinen, E. Raussi-Lehto & A-M. Äimälä (toim.) Kättilötyö, raskaus synnytys ja lapsivuodeaika. 6. uudistettu painos. Helsinki: Edita, 41–60.

Pirinen, L. 2007. Työterveyshoitajan terveysneuvonta ja sen kehittyminen – esimerkkinä painonhallinta. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Pruuki, H., Tiihonen, R. & Tuominen, M. 2015. Toisenlainen tie, tahaton lapsettomuus, kriisi ja selviytyminen, Helsinki: Kirjapaja.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja.

Sabounchi, N. S., Hovmand, P. S., Osgood, N. D., Roland, F. D. & Jungheim, E. S. 2014. A Novel System Dynamics Model of Female Obesity. American Journal of Public Health 104 (7), 1240–1246.

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa M. Stolt, A. Axelin & R. Suhonen (toim.) Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:73/2016, 7–22.

Tarnanen, K., Pietiläinen, K., Hakala, P., Koivukangas, V., Kukkonen-Harjula, K., Marttila, J., Rissanen, A. & Saarni, S. 2011. Lihavuus (aikuiset). Käyvän hoidon potilasversiot. Viitattu 8.12.2016, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00017&p_teos=khp.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Lihavuus laskuun, Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta, kansallinen lihavuusohjelma 2012-2015. Ohjaus 13/2013.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2016a. Lihavuus laskuun – Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta, kansallinen lihavuusohjelma, toiminta- ja toimeenpanosuunnitelma 2016–2018. Työpaperi 18/2016.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2016b. Tahaton lapsettomuus. Teoksessa R. Klemetti & E. Raussi-Lehto (toim.) Edistä, ehkäise, vaikuta – seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. 3. tarkennettu painos. Opas 33/2014, 92–96.

Tiitinen, A. & Koskimies, A. 2015. Lihavuuden vaikutus hedelmällisyyteen. K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) Lihavuus. Helsinki: Duodecim, 81–83.

Tiitinen, A. & Unkila-Kallio, L. 2011. Lapsettomuus. Teoksessa O. Ylikorkala & J. Tapanainen (toim.) Naistentaudit ja synnytykset. 5. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 175–193.

Tiitinen, A. 2015a. Hedelmällisyyshoidot ja niiden mahdollisuudet. Teoksessa H. Pruuki, R. Tiitonen & M. Tuominen (toim.) Toisenlainen tie, tahaton lapsettomuus, kriisi ja selviytyminen. Helsinki: Kirjapaja, 116–135.

Tiitinen, A. 2015b. Lihavuuden vaikutus naisen hormonitoimintaan. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) Lihavuus. Helsinki: Duodecim, 83–85.

Tiitinen, A. 2016. Lapsettomuus. Lääkärin käsikirja. Sisäinen lähde. Viitattu 9.12.2016 & 5.3.2017, http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00644&p_haku=lapsettomuus.

Tiitinen, A., Rissanen, A. & Mustajoki, P. 2000. Lihavuus ja naisen lisääntymisterveys. Duodecim 116 (5), 495–501.

Tulppala, M. 2007a. Hoitoihin liittyvät riskit. Teoksessa A-M. Suikkari & S. Mäkinen (toim.) Kun vauva viippy – lapsettomuuden tutkimus ja hoito. Helsinki: Väestöliitto, 21.

Tulppala, M. 2007b. Raskauden alkamiseen ja jatkumiseen vaikuttavia tekijöitä. Teoksessa A-M. Suikkari & S. Mäkinen (toim.) Kun vauva viippy – lapsettomuuden tutkimus ja hoito. Helsinki: Väestöliitto, 7–9.

Unkila-Kallio, L. & Ranta, V. 2012. Raskaus ei ole alkanut – milloin parille lähete lapsettomuustutkimuksiin?. Suomen lääkärilehti 67 (26-31), 2059–2064.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Voutilainen, A. 2010. Voimavaralähtöinen potilasohjaus, kuvauksia terveysneuvonnan toteuttamisesta perusterveydenhuollossa. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Voutilainen, E., Fogelholm, M. & Mutanen, M. 2015. Ravitsemustaito. Helsinki: SanomaPro.

Vuori, E. & Gissler, M. 2016. Perinataalitilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 16/2016. Viitattu 7.12.2016, http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131259/Tr_16_2016.pdf?sequence=1.

World Health Organization 2016. Infertility definitions and terminology. Viitattu 9.12.2016, <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>.

TAULUKOITU TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖHÖN VALITUISTA TUTKIMUKSISTA LIITE 1

Tekijät, julkaisuvuosi ja tutkimuksen nimi	Julkaisu- paikka	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen menetelmä	Tutkimuksen oleelliset tulokset
Mahoney, D. 2014. Life-style modification intervention among infertile overweight and obese women with polycystic ovary syndrome.	Journal of the American Association of Nurse Practitioners	Todiste-pohjaisen elämäntapa muutoksen; intervention toteuttaminen, motivoivalla haastattelulla ohjaten, kohti kokonaisvaltaista terveyttä, lapsettomille, ylipainoisille naisille, joilla on munasarjojen monirakkulaoireyhtymä.	Prospekttiivinen, määrällinen tutkimus (n=12)	Tutkimusjakson aikana osallistujien kokonaisvaltainen terveys parani; paino väheni keskiarvoisesti 3,2 kg, fyysinen aktiivisuus lisääntyi ja amenorreasta kärsineille naisille tuli 50% kuukautiset.
Hamzehgardeshi, Z., Shahhosseini, Z. & Keshvar, S. 2015. Life-style and Outcomes of Assisted Reproductive Techniques:	Global Journal of Health Science	Selvittää ovatko erilaiset elämäntavat yhteydessä lapsettomuushoitojen onnistumisiin/tuloksiin. Johtopäätöksiä voidaan hyödyntää elämäntapaohjelmien suunnittelussa hedelmättömille pariskunnille.	Kirjallisuuskatsaus (62 artikkelia, vuosilta 2004-2013)	Katsaus johti järjestelmään 9 eri kategorian. Lihomiseen ja ruokavalioon liittyviä ohjausneuvoja: painon ylläpito BMI 20-25 välillä ja kasvisten, hedelmien ja tyydyttymättömän rasvojen käyttö.

A narrative Review.				
Sabounchi, N., Hovmand, P., Osgood, N., Dyck R. & Jungheim, E. 2014. A Novel System Dynamics Model of Female Obesity and Fertility.	American Journal of Public Health	Päämääränä luoda järjestelmädynamiikkamalli, erityisesti fertiili-ikäisten, ylipainoisten naisten ohjaamiseen, jonka avulla voitaisiin antaa ennakkokäsitteisesti tietoa.		Järjestelmädynamiikkamalli, jonka avulla voidaan ohjata ylipainoisia lapsettomia naisia kohti valintoja lapsettomuushoitojen ja terveysvalintojen suhteen.